Dr. Simona Trifu

CUPLUL
o entitate veche, ca Biblia însăși...



EDITURA VIAŢA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

I

Colind pribeag pornit în drumeție
Prin munții de speranță arzători,
Spectaculoasa sorții reverie
Ne mângâie pe tâmple de cu zori.

II

Tiptil-tiptil cu frunțile plecate
Ne târâm la porțile de zbor,
Bunicii deapănă-amintiri uitate
Şi plâng şi râd agale din pridvor.

III

Suișu-i greu și mâinile-s nătânge,
Sudoarea rouă curge de pe pleoape.
Un gângurit. Şi lacrima se frânge.
Şi viitorul pare mai aproape.

IV

Dezmeticiți ne facem vânt prin viață,
De jucării ne-mpiedicăm în jur,
Iar dorul nostru de păpuși se-agață
Şi de pitici pictați pe abajur.



V

O noapte caldă cu fantasme blânde,
Un Arlechino mic și jucăuș
Ne-ndeplinește visele arzânde;
Târziu aflăm că e făcut din pluş!

VI

Un clopoțel și iată-i dimineață,
Într-un tumult de voci asurzitor:
„Ba vreau!“, *„Ba nu vreau“*,
„Cine? Ce mă-nvață?“
și *„Cum voi deveni cuceritor?“*

VII

Şi parcă anul trece într-o zi
Şi ziua toată nu-i decât o clipă.
Gândim, simțim,
trăim un veșnic „azi“,
Îmbrățișați de calda lui aripă.

VIII

Şi creștem învățând să năzuim
La vânt suav, la țărmul mării ninse;
Cu pași apăsători ne străduim
Să ocolim capcanele întinse.

Atât timp cât linia imaginară dintre *normal* şi *patologic* nu a fost niciodată dreaptă şi clară, ci sinuoasă, întreruptă, fragilă şi obscură, cartea de faţă îşi propune – la nivel teoretic şi practic – „să modeleze" un psihic „mai trainic", „mai durabil", capabil să reziste la seismele sociale şi asprele examene ale destinului.

Rolul de judecată morală, de sancţiune şi sentinţă este abolit, căci *„nimic din ceea ce este omenesc nu-i este străin autoarei"*, cortegiul de întrebări stârnit în urmă neţinând de nesiguranţa profesională în tratarea unui subiect, ci de limitele şi precaritatea condiţiei umane.

Prof. univ. dr.
Nicolae Mitrofan

SIMONA CORINA TRIFU
(născută Pascadi)

Data naşterii:
– 1 noiembrie 1971

Studii superioare:
– doctorat în Psihologie (2002)
– masterat în Sănătate Publică şi Management sanitar (2001)
– Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila" Bucureşti (1998)
– Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea din Bucureşti (1995)

Profesia actuală:
– medic rezident Psihiatrie anul III – Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă

Activitate profesională:
– psiholog, cercetător ştiinţific (1995–2000)
– peste 100 de articole publicate în reviste de specialitate (medicină, psihologie)

Domenii de interes:
– psihanaliză, teatrologie-filmologie

Hobby-uri:
– sport, jocuri intelectuale

Stare civilă:
– căsătorită, 3 copii

Sensul acestor *eseuri* este de a postula **empatia** şi **intuiţia** drept girante călăuzitoare ale diagnozei şi psihoterapiei.

Dr. Simona Trifu

Cuplul – o entitate veche, ca Biblia însăși…

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
TRIFU, SIMONA
Cuplul – o entitate veche, ca Biblia însăşi / Simona Trifu. - Bucureşti: Viaţa Medicală Românească, 2002
p. 248; 16,5x23,5 cm.
Bibliogr.
ISBN 973-9320-99-6

392.3

Redactor de carte: Alice ŢUCULESCU
Tehnoredactor: Ioan DUMITRENCO
Tehnoredactare computerizată şi coperta: Gina MANCIU
Operatori: Mirela DUMITREAN, Daniela RADU
Corectori: Constanţa MARINESCU, Emil FRĂŢILĂ

EDITURA „VIAŢA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ"
Bucureşti, sector 1, str. Ministerului nr. 1-3, cod poştal 70109
TELEFON: 315.61.09; FAX: 315.69.80

Dr. Simona Trifu

CUPLUL o entitate veche, ca Biblia însăși...

Eu-l: ipostaze existențiale

- Interpretări psihologice și valențe psihoterapeutice -



EDITURA VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

BUCUREȘTI, 2002

Cuprins

Cuvânt înainte

În ultimele decenii, societatea contemporană lasă impresia că stăpânește complet și definitiv modalitățile de rezolvare a tuturor problemelor, de la cele naționale sau sociale până la cele familiale sau intime. Dar, este numai o impresie, deoarece, în realitate, fiecare individ, generație sau popor retrăiește, reeditează pe cont propriu atât *„marile"*, cât și *„micile"* drame, *scenariile existențiale* fiind irepetabile. Și totuși, fiecare experiență insignifiantă se adaugă, picătură cu picătură, la marea experiență colectivă a umanității. Până în secolul al XVIII-lea, omul s-a căutat **ca specie,** în secolul XIX s-a definit **ca persoană,** în secolul XX s-a descoperit pe sine **ca unicitate,** în timp ce începutul secolului XXI aduce în prim-plan **percepția prin celălalt –** ***aproapele.***

Cartea semnată de doamna dr. Simona Trifu invită la un periplu interogativ asupra condiției umane, fiind un instrument util tuturor celor interesați de înțelegerea unor fenomene care, în societatea actuală, au devenit, din păcate, intruzive. Este o „antologie" a zbuciumului omenesc, a gravelor consecințe ale greșelilor noastre asupra celorlalți. Dacă pentru specialist sensul termenilor este mai exact, mai sec, mai închis, pentru nespecialiști, ecoul lor este mai grav, mai profund, mai dureros. Subiectele luate în dezbatere sunt, rând pe rând, excepționale stimulente de gândire filozofică, nesuportând un răspuns ferm, dur, convingător, în impunerea Eu-lui transpersonal dincolo de infinitatea Eu-rilor personale efemere.

Lucrarea este structurată pe 10 capitole plus un eseu introductiv pe tema programului psihoterapeutic al psihiatriei noului mileniu; „ars poetica" deontologiei profesionale arată implicarea în lupta cu prejudecățile, închistările, rezervele, motivațiile jenante – de orice natură, în încercarea unei schimbări de mentalitate intrafamiliale, cât mai ales la nivel interpersonal. Chiar mai mult, autoarea reliefează, fără putință de tăgadă, rolul și posibilitățile lucrului în echipă interdisciplinară, subliniind beneficiile unei astfel de abordări.

Aria tematică vizează individul: solitar, în diada cuplului, în interacțiunile comunitare; abordează problemele ce survin în copilărie, adolescență, relațiile dintre generații, „funcțiile" celui în cauză, sentimentele umane, crizele morale, oscilațiile între negarea și afirmarea personalității, paradigma interioară în căutarea identității. Veți descoperi descrierea științifică a diferitelor ***tulburări emoționale*** – în cel mai amplu înțeles al termenului, punctată de intervenții concrete, descriptive, analizate și prezentate clar și concis, de multe ori expunându-se alături de matricea psihologică interpretativă și „calea" urmată. Elementele psihoterapeutice nu au pretenția de a fi soluții universale pentru vindecări miraculoase și rapide; intenția este de a oferi spre dezbatere cazul cu toate problemele pe care le trasează și a mărturisi propriile confruntări, proiecte, derute, supoziții, tatonări obligatorii oricărei încercări de „reconstrucție" simbolică a Eu-lui.

Avem să ne confruntăm direct cu *realități* psihice „dure", precum depresia, ca dramă răsfrântă asupra nefericitului în cauză, dar și asupra lumii moderne; imediat aflăm despre demisionarismul individului în fața sieși și a comunității – suicidul – instanțele, manifestările și psihosociologia acestui fenomen, urmând ca strâns legat să privim conduita de sacrificiu prin trebuința inconștientă de pedeapsă „deghizată" în echivalențele suicidare. Nu departe trecem de la ruperea sexualității din contextul său cultural normal la deformare prin exagerare, supralicitare și suprasolicitare, dincolo de care apar tulburările de dinamică sexuală cu marcant impact asupra vieții în doi. În același plan, vom studia o perspectivă psihologică pro- și contra homosexualității – ca flagel „revigorat" al mileniului III, alături de care, devastator, suntem confruntați cu renunțarea la sentimente, valorizarea exclusivă a rezultatelor financiare, carieristice, a poziției sociale și agresivității ce îmbracă aura violenței domestice.

Pentru a ne familiariza cu rolul perioadelor timpurii asupra relațiilor din familia actuală și societate, autoarea ne prezintă atracția și respingerea interpersonală cu modul în care copilăria și climatul parental influențează prezentul, iubirea – ca factor puternic stabilizator – și, nu în ultimul rând, ne face o pledoarie pentru valorile morale, pentru gândirea pozitivă cu răsunet emoțional corespunzător asupra Eu-lui colectiv și unității poporului nostru. Dorința de a fi părinte, cu reversul contemporan al pierderii spontaneității, imaginativului, inventivității, cu necesitatea suportului empatic, aduce în prim-plan viziunea conform căreia această „experiență" devine un liant al vieții de cuplu, sarcina și rolul mamei și al tatălui în dezvoltarea micuțului rămânând cruciale. De la necesitatea cunoașterii reciproce părinte–copil, la micuțul ce „experimentează" complexul oedipian ca filon *necesar* al dezvoltării afective ulterioare, de la dorința de a fi iubit și influențele negative ale unor valorizări eșuate, la a învăța să-ți apreciezi copilul prin propriile realizări, opus exemplelor din mass-media – veritabile „deformări" ale realității. Nu sunt omise bolile grave precum epilepsia, accentul fiind pus pe conturarea trăsăturilor personalității în formare, ce ne deschide calea alegerii conduitei psihoeducaționale optime.

Firesc ne apare adolescența, privită cu ochii tânărului confruntat cu destinul și prezentată prin legăturile cu carențele intrinseci unei atmosfere familiale sterile; și aici, paleta manifestărilor este vastă, cu pornire de la o „stare" psihică normală – teribilismul vârstei, adâncind riscul transformării personalității în lipsa jaloanelor; plusează problematica drogurilor din viziunea dependenței ca nevoie de dependență, prin evidențierea necesității cuantumului de afecțiune și a legăturii triple dintre sexualitate – sentiment – adolescență.

Eternul masculin–eternul feminin continuă să postuleze iubirea ca factor de progres, ca necesitate de cunoaștere a partenerului – cu tot ce el subsumează pozitiv și negativ, yin-yang, pudoare și virginitate – eseuri ce se unesc într-o privire psihologică și literară deosebit de interesantă.

Tulburările de dinamică sexuală, aspecte intime profunde și greu de înțeles, își găsesc explicațiile prin prisma unor disfuncționalități de cuplu, dar și a unor greșit translatate modelele de rol; se pedalează de la laturile superficiale – ca rezultat al extrapunitivității – la aspecte adânc refulate, precum tendințele narcisice.

Pornim apoi la drum în a privi modestia și simplitatea feminină, importanța a ceea ce numim *look,* a comportamentului, rafinamentului în viața în doi și în interdependența societate–intimitate. Diferite fațete ale căsătoriei vor intra în privirea ageră a medicului psiholog, studiind aspecte legate de securitatea oferită prin noul statut, ca opțiune naturală a dragostei; obișnuința ne face să pendulăm între fidelitate și trădare, între gelozie și protecție, dar și să vedem evoluția cuplului din perspectiva schimbării partenerului sau a rolului femeii în familie (din mamă și soție în potențială rivală). Cazurile de psihoterapie prezentate nu ajută numai la înțelegerea mai exactă a sentimentelor și ideilor, ci pun un real semn de întrebare asupra propriei persoane și a propriei diade.

Din nou *„jungla actuală"* își prezintă prin ochii analistului problemele sociale acute precum nevroza și alcoolul, în relația interdependentă cu mediul. Viața curentă a implementat adânc aceste două tulburări, considerându-se necesară chiar eliminarea din nosografia psihiatrică recentă a termenului de nevroză. Cu toate acestea, fațetele prezentate de autoare oferă posibilitatea înțelegerii comportamentului nevrotic și implicațiile acestuia asupra comunității și cuplului, precum și conduita alcoolicului, tendințele și impulsiunile latente ale acestuia. Prezentarea modelelor alternative de psihoterapie oferă un mod de gândire și o soluție de adaptare.

În rezumat, în această lume plină de curente și opinii uneori divergente, lucrarea de față vă va oferi cu un talent literar de excepție o viziune științifică marcată de multiple puncte de vedere personale asupra tematicii diverse și totuși unitare. Această unitate în diversitate constituie, nu în ultimul rând, un alt merit al acestei cărți. De la primul până la ultimul rând există un liant inefabil și seducător. Din punct de vedere stilistic, autoarea a reușit să-și găsească o formulă, o exprimare originală, cu această vădită amprentă personală. Un dans grațios de idei și cuvinte alcătuiesc de la „clasic" la „modern" un stil elegant, științific și eseistic totodată, cu rafinament și sensibilitate feminină, având capacitatea de a incita la supoziții.

Prof. univ. dr. Nicolae Mitrofan

Soţului meu,
„Comparată cu idealul meu,
existenţa ta mi-a umilit fantezia“

În loc de prefață...

Lume, lume fericită,
Unde-i loc și pentr-un clown
Dintr-o farsă peticită
Regizată up side-down?

„Stop exclusion! Dare to care!" (un *„ars poetica"* pentru Psihiatria mileniului III)

Accesul la sănătate ar trebui să fie universal, iar **morala** ar reprezenta ansamblul credinţelor, normelor şi sentimentelor prin care individul se raportează la societate. Din aceeaşi perspectivă, **metaetica** încearcă să determine motivele care stau la baza judecăţii valorice, acel *„De ce un anumit act medical este considerat moral sau imoral?"*.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii a încercat să expliciteze sintagma „**Stop exclusion**" prin dorinţa de a reduce „prăpastia" existentă în prezent între diferite ţări legată de accesul la cele mai noi descoperiri ale ştiinţei în ceea ce priveşte atât etiologia, cât şi tratamentul bolilor psihice. Ideea devine cu atât mai importantă cu cât aceste ţări rămân reticente în raport cu *„povara" socială* a perturbării sănătăţii mentale, în ciuda serviciilor de îngrijire, a legislaţiei şi a politicilor în vigoare. De-abia în prezent psihiatria se poate îndepărta de conceptul de *„supoziţie"*, apropiindu-se de acela de *„certitudine"*, iar lipsa asociaţiilor cu puternică forţă epidemiologică, precum şi faptul că rezultatele unor studii longitudinale, prospective nu sunt încă disponibile, face ca tratamentul să pară în cele mai multe cazuri „empiric", cercetările de tipul *evidence based medicine* nefiind printre cele mai numeroase – motive suficiente pentru anumite ţări spre a fi *şovăitoare,* atunci când este vorba de alocarea sumelor de bani necesare profilaxiei şi reducerii incidenţei bolilor psihice.

Acel **„dare to care"** vrea să exprime **opoziţia** în raport cu efectul pervaziv al excluderii sociale a bolnavilor psihici, deoarece exact această stigmatizare şi discriminare rezultată din frica ancestrală ce ne domină inconştientul colectiv în raport cu *anormalitatea mentală* este aceea ce-i determină pe cei în cauză, cât şi familiile lor să se îndepărteze de nevoia reală de a căuta tratament, fiind bine cunoscute situaţiile în care *aceşti nefericiţi* ajung cu uşurinţă pradă practicilor şamanice.

Încercând să analizăm în profunzime, aceste cuvinte sunt încărcate simbolic de întreaga suferinţă neexprimată a bolnavilor psihici, deoarece pornind de la concepţia

populară *„fiecare sat e cu al său nebun"* şi până la situaţia în care spitalele de profil erau situate undeva departe, în afara comunităţilor, nu este reliefat decât acel sintetic *a trăi într-o* ***pararealitate*** *– creată într-adevăr de inechivocul tulburării psihice, dar întreţinută de comportamentul involuntar şi de nestăpânit al acelora mulţi, ce „au avut privilegiul" de a fi sănătoşi.* La un moment dat, atunci când atitudinile de reprobare devin extreme – de multe ori chiar din partea acelora pe care *neînţelesul bolnav psihic* „se bizuie" – rămâne întrebarea: *„Unde este adevărata sănătate psihică?".* Sau, altfel spus, deşi nu ne dăm seama, răutatea umană, agresivitatea „cizelată" prin cultură şi carieră, egocentrismul dublat de denigrarea „celui slab", deşi nu vizează nici pe departe aria psihiatriei, sunt totuşi mai periculoase.

Din păcate, există *o frică* întreţinută istoric în raport cu bolnavul psihic. Primul lucru la care cei din jur se gândesc este acela că integritatea – **fizică sau psihică** – le-ar putea fi prin ceva primejduită numai de simpla apropiere a „nebunului", când, de fapt, el este ***un om în suferinţă,*** un OM care, chiar şi atunci când comite acte necugetate, acestea nu sunt decât o tentativă inconştientă, primitivă şi disperată *de a cere ajutorul.*

Mai dureros este însă atunci când nici măcar medicii psihiatri *nu au curajul* de a se apropia de „EU-l răvăşit de boală" – în sensul stabilirii unei **comunicări autentice,** chiar dacă aceasta este văzută în cel mai amplu înţeles al termenului, acela al *regizării* într-o lume fantasmatică. Societatea însăşi a creat rolul medicului spre „a se debarasa" în sens metaforic de durerea provocată la contactul cu bolnavul psihic. Din această perspectivă, psihiatria este „sacră şi empirică", dominată de comunicare la cel mai profund nivel al umanului, căci *„rezonanţa de la inconştient la inconştient postulează singura realitate existentă"* (după Laplanche, 1994). Deşi am intrat în mileniul III, am întâlnit medici pentru care ideea de a trata *un schizofren în acut* legat şi izolat într-o cameră pustie, cu sufletul pradă unor tensionări şi detensionări absurde – rămâne o axiomă. Şi atunci ne întrebăm din nou: *„Inconştientul cui este mai agresiv?".* Sau întotdeauna găsim o justificare în apărarea **propriului Eu**?

Pornind de la această idee, ne gândim: ce ne apărăm prin frica ancestrală de bolnavul psihic – conştientul sau inconştientul? Realitatea sau potenţialul? Ori, poate, suspiciunea că **umbra noastră** (acea parte primitivă, nedorită şi reprimată a personalităţii) ar putea aminti prin ceva de *anormalitate?!* Ne apărăm de fapt de propriul contra-transfer, ne este frică de ce am putea auzi sau simţi, nu atunci când *diagnosticăm,* ci când ***devenim ascultători*** *şi receptăm disperarea unei personalităţi scindate,* atunci când ne temem – în orice formă de psihoterapie – că izbucnirea de durere a pacientului ne-ar putea readuce în minte afecte, emoţii, traume uitate, în faţa cărora **EU-l nostru profesional,** *meşteşugit construit* în *analize didactice,* ar putea totuşi să cedeze. Chintesenţa acelui **„a îndrăzni să te implici"** în tratarea bolilor psihice subliniază nu numai dezideratul psihiatriei, ci **onoarea psihoterapeutului însuşi.**

CAPITOLUL 1

Elemente integrative ale psihologiei medicale a prezentului

„Unde vei găsi cuvântul ce exprimă adevărul ...“
(M. Eminescu)

1.1. Rolul psihologului în spital – de la diagnoza personalității bolnavului la ascultarea empatică

Medicina este *sacerdotală*, cerând *sublimare* supremă – ca premisă a unei moralități exemplare. Din păcate, o dată cu tehnologizarea și informatizarea sistemului, s-a pierdut din vedere, puțin câte puțin, *pacientul*, ca **persoană** ce *are nevoie* de altă **persoană**. S-a disipat *partea afectivă*, acea disponibilitate *de a fi alături* de cel ce ne solicită sprijinul în situația particulară de boală – văzută ca un element de ruptură în firul evoluției sale. Rolul **psihologului** într-un spital se justifică, într-o primă interpretare, pornind de la ideea că medicii *nu au timp* sau *nu sunt antrenați* să gândească din această perspectivă. Posedăm un vast sistem de cunoștințe, dar nimeni nu ne învață descifrarea limbajului de coduri alcătuit din *paramesajele verbale* sau *non-verbale* ale pacientului. **Psihologul** își găsește locul în *medierea* acestei relații, prin utilizarea la valențe superioare a **comunicării** interumane – ca o condiție fundamentală a propedeuticii terapeutice.

✐ Pe de-o parte, ne vom referi la suportul **empatic** oferit celui aflat în situația *de criză*, interacțiunea psihologică putând să ofere acel „plus" de **ascultare** și **încurajare**, dincolo de uzitatul diagnostic. Este vorba de *personificare*, *adresabilitate autentică* și interes învestit în **a afla** *dimensiunea umană* ce se ascunde în spatele aspectelor medicale centrate de clasicul *„cazul de la patul X"*.

✐ Un **examen psihologic** furnizează informații multiple asupra **personalității** – integrată unitar –, astfel încât *trăsăturile trecutului* ne orientează asupra a *cum știe* cel în cauză *să fie bolnav* – se analizează situațiile standard prin care pacientul trece în viață (viroze intercurente, tratamente stomatologice). Aflăm astfel comportamentul preferențial de adoptare a *rolului* – tranzitor sau îndelungat (influențat de gradul de cultură) – de la abordarea cu stoicism, în care pacientul devine victima propriei îndârjiri, la modelele latine dominate de lamentativitate – boala făcută publică în *virtutea unei* satisfacții afective imediate – ce generează o securizare prin implicarea colectivității și până la „profesionalizarea" acestei conduite (după F. Tudose, 1997).

✐ În virtutea unei suspiciozități de fond, **medicul** este înclinat uneori să creadă că pacienții – din diferite motive – își „supralicitează" simptomele, în timp ce ***psihologul***,

reunind dimensiunea medicală cu cea motivaţional-volitivă şi socială a bolii, este convins că oamenii **nu** vin *să păcălească* personalul calificat, nemulţumirile lor trebuind înscrise într-un cadru mai larg, deoarece, chiar şi atunci când vor ceva la limita aspectelor legale, ei au totuşi *o problemă*, motiv pentru care în discuţie nu trebuie puse *„bariere"*, căci acestea ar fi exponente ale medicinii defensive (după S.C. Oană, 1997).

✎ Ideal ar fi ca pacientul să consulte un psiholog cât mai apropiat de momentul perturbării sănătăţii sale, chiar dacă aceasta este una de ordin exclusiv somatic, deoarece, pe măsură ce trece timpul, are loc *psihizarea* prin care se certifică **percepţia de a fi bolnav,** ce modifică *stilul de viaţă* şi *raportarea la propriul Eu.* O elementară profilaxie din partea unui psihoterapeut avizat ar trebui să marşeze pe **susţinerea personalităţii**, protejându-l pe cel în cauză de la a-şi distruge – inconştient şi fără voie – mai mult decât boala însăşi. Training-ul autogen Schultz este o tehnică adjuvantă de succes, în starea de relaxare putându-se induce sugestii ţintite pe simptom, chiar şi când acesta este predominant de natură organică, pentru a influenţa *trăirea psihică adiacentă.* Din păcate însă, doctorul încearcă mai întâi să abordeze cazul singur şi dintr-o perspectivă oarecum unidirecţională, pentru a-i lăsa pacientului sentimentul că deţine controlul absolut, făcând apel la ajutorul psihologului abia atunci când *eticheta* de bolnav îşi face simţite conotaţiile adverse.

✎ **Boala** poate fi tratată cu succes de către doctor, în timp ce ***ideea de boală***, uneori, persistă. Un medic experimentat şi cu răbdare (acel atribut şi element psihologic necesar succesului, dar pe care presiunea minutelor dedicate anamnezei, rutina, „tocirea" emoţională sau incertitudinile personale îl erodează) ar putea rezolva şi acest impas. Numai că nu întotdeauna pacientul se lasă atât de uşor convins în a renunţa la acest *rol*, atâta timp cât scopul *„ascuns"* ar putea să **nu** fie vindecarea, ci simpla liniştire a disperării interioare într-un climat de intimitate – atunci când individul a epuizat deja suportul familiei, cercul de prieteni sau sursele din mass-media. *Acceptul mutual al celuilalt este „cerut" profund înaintea competenţei profesionale* (după S.C. Oană). Semnificativă devine ***munca*** **psihologului** de a „scoate la iveală" beneficiile obţinute astfel şi mutarea centrului de greutate asupra altor aspecte ale existenţei, descoperirea acelor sectoare ale vieţii ce ar putea compensa, aducând *în real* substitutul de *împlinire* căutat în boală. Într-un al doilea pas, se impune a arăta bolnavului **respect** pentru tot ceea ce el reprezintă ca *fiinţă*, gest ce cupează anxietatea şi stopează regresia.

✎ **Medicul** este apreciat în primul rând pentru ***ce spune***, în timp ce **psihologul** – pentru maniera în care ***ştie să asculte***, îşi exprimă bunăvoinţa faţă de faptul că celălalt îi vorbeşte. Pacienţii sunt toleranţi în raport cu lipsa cunoştinţelor, a mijloacelor de diagnostic, a medicamentelor, a confortului spitalicesc sau chiar cu ineficienţa terapiei, dar nu pot admite atitudinea de ostilitate sau rejecţie, lipsa de consideraţie, inegalitatea în faţa şanselor de tratament.

✎ **Psihologul** este cel mai în măsură să înţeleagă individul dintr-o privire complexă, deoarece în viziunea acestuia *„orice boală pleacă de la o supărare"* – gândire ce depăşeşte *biologicul* spre social şi reproduce mentalitatea primitivă ţinând de *modelul fantasmatic.* Nu sunt de neglijat *punctul critic, insuccesele* şi *frustrările* proiectate în ceea ce pacientul denumeşte generic *„mi-e rău!". Povestirea, rememorarea psihotraumelor* – în raport cu care medicii trăiesc o apriorică ostilitate – creează nu numai catharsis, ci şi *o reorganizare cognitivă*, ce atrage după sine *o*

restructurare afectivă, urmată de *o reînvestire* în latura pozitivă – a parcurgerii drumului invers, spre **valorizarea sănătăţii prezente** – ca *cel mai bun mod în care cel în cauză se poate simţi ţinând cont de vârsta şi problemele inerente „funcţionării" propriului organism.* Astfel, dincolo de întrebarea banală *„Care e problema dumneavoastră?"*, utile în înţelegerea bolii devin şi aspecte de tipul – *„Ce credeţi că a provocat-o?"*, vindecarea presupunând şi „ştergerea" acestui „agent patogen" din mintea bolnavului. Negociind simbolic *„oferta"* acestuia prin interogări de tipul: *„De ce credeţi că boala a apărut în acest moment?"* sau *„Ce fel de tratament v-ar face să fiţi mai bine?"*, psihologul preia o parte din tensiunea interioară a medicului, ce este permanent asaltat de speranţa pacienţilor de a obţine ***sănătatea ideală*** (acel ***„cum aş vrea să fiu"***) şi de a auzi ***ceea ce îşi doresc***. Dincolo de funcţia transcendentală a acestor întrebări, prin profesionalism doctorul trebuie să-şi impună atitudinea şi părerea corectă. Întrebările au şi o altă justificare obiectivă, căci celui în cauză riscă să-i fie puse în spate toate insuccesele celor la care pacientul a fost anterior (după F. Tudose).

✐ **Rolul psihologului** se evidenţiază inclusiv în restructurarea ierarhiei aspiraţiilor şi performanţelor, deoarece omul este înclinat să se imagineze într-o perpetuă ascensiune – având nevoie de asigurarea *nivelului biologic primar* (atingerea optimului energetic) şi numai apoi reuşind să-şi urmărească *autodezvoltarea* spirituală. În condiţiile unei afecţiuni cronice, pentru atingerea satisfacţiei – ca parametru subiectiv al fericirii actuale – este necesară abordarea unei **optici inverse** – a face individul să adere la preocupări superioare, „uitându-şi" dezechilibrul parametrilor fizici şi biochimici. Dintr-o abordare holistică, regăsim **acceptul propriei sănătăţi** – aici intrând particularităţile fiziologice, ciclicitatea firească a evoluţiei organismului ca sistem, limitele „plajei" aduse de antecedentele heredo-colaterale, patologia sumată, chinul durerii fizice sau morale şi pierderile afective. Dezintegrarea treptată a mirajului tinereţii implică remodelarea periodică a imaginii corporale, percepută ca *traumă narcisică.*

1.2. Atuurile echipei *medic-psiholog*, în managementul terapeutic

Obiectivul fundamental al politicilor de sănătate este atins atunci când oamenii doresc realmente să-şi îngrijească **singuri** sănătatea. Pentru aceasta trebuie să capete anumite aptitudini şi să parcurgă nişte *paşi* de la teorie, informaţie la demonstraţie, analiză, exerciţiu, în care feedback-ul de la cineva instruit şi practica rămân fundamentale (după T. Schaffter, 1997). Din păcate, de cele mai multe ori, noi ne oprim la teorie. Nevoia unui psiholog în spital – indiferent de profilul acestuia – îşi face actualmente din ce în ce mai simţită prezenţa. Lumea contemporană ne aduce în prim-plan ideea că numărul ***nevroticilor*** este imens, individul pierzându-şi capacitatea de a rezista în faţa dimensiunii sociale a *stresului colectiv* la care suntem supuşi de „actuala lege a junglei". Fenomenul cunoaşte o reală amploare – dovadă faptul că în orice secţie medicală, alăturat diagnosticului de fond, regăsim sintagme de tipul: *„Nevroză anxioasă", „Tulburare depresivă reactivă", „Spasmofilie normocalcemică" (!).* Aici intervine un alt **important sector** al muncii în echipă, în care **rolul psihologului** se conturează pregnant.

Ne vom opri la câteva sugestive exemplificări, pornind cu serviciul de **endocrinologie**, unde de multe ori ajung pacienţi pentru care *deficitul voliţional* este semnificativ mai mare decât dezechilibrul hormonal – a se vedea cei ce asociază obezitate, diabet şi hipertensiune, dar la care simptomatologia şi perturbările biochimice, umorale sunt bine compensate, în timp ce tulburarea actuală o reprezintă *bulimia*. În secţiile de **dermatologie**, *„saltul de la psihic la somatic"* este puternic, ***trăirea*** bolii fiind direct influenţată de structura particulară a conduitei, ştiut fiind cum *gratage*-ul este forma deghizată de manifestare a angoasei. Pielea este un fidel traductor al perturbărilor emoţionale, *atopia* neexistând în afara unei personalităţi cu tendinţe accentuate – *labilitate dispoziţională, impresionabilitate* şi *sensibilitate,* în spatele cărora se ascund *impulsiuni autolitice*. **Nevoia de afecţiune** este o importantă „pârghie", căci se doreşte **acceptarea** „pe orice căi", chiar cu preţul compătimirii, iar atunci când „obiectivul" nu e atins, apar suferinţa şi victimizarea – ca o perfidă compensare.

O elementară psihoterapie trebuie să pornească de la *redobândirea controlului* asupra sinelui, a cărui pierdere este conştientizată şi exprimată plastic în metafore banale, de tipul *„am pierdut hăţurile"*, subiectul adresându-se doctorului ca unei persoane cu **autoritatea** atât de necesară *imaturităţii*. Ei se prezintă pentru internare, fără a fi neapărat „o urgenţă" medicală, ci mai degrabă una de ordin psihologic, „cerând" spitalul, ca un cadru instituţionalizat, sever, lipsit de permisivitatea de care singuri nu pot face abstracţie. Această categorie de bolnavi se situează aprioric într-o relaţie terapeutică de tipul „părinte-copil", sugerând primele faze ale dezvoltării afective *sau*, uneori, într-una de tipul „profesor-elev", când funcţia unui Supra-Eu rigid devine imperioasă. Se încarcă astfel reţeaua curativă spitalicească, cei în cauză având o nevoie *strict subiectivă* de internare, când, de fapt, psihicul lor *aparte* ar permite câtorva şedinţe de psihoterapie – asociate primului consult de specialitate – să rezolve *problema* **pentru mai mult timp**. Deşi explicaţiile sunt „la îndemână", *a lucra* – psihologic vorbind – cu aceşti pacienţi, nu este chiar simplu, firile *senzitive* şi *suspicioase* considerându-se *jignite* de recomandarea examenului psihologic, interpretându-l ca o îndoială ce planează asupra autenticei lor suferinţe. Pe de altă parte, pierderea hotărârii şi perseverenţei voinţei îi face să aştepte *„din afară" – de la un medic* sau *pastilă* miraculoasa şi rapida vindecare, ce în propria viziune este lipsită total de orice efort de mobilizare energetică.

În relaţia directă cu pacienţii, latura empatică, aptitudinile imaginative şi abilitatea de a-l face *pe celălalt, aflat în suferinţă,* să-şi deschidă sufletul sunt esenţiale. Această **nevoie** este din ce în ce mai conştientizată astăzi când **comunicarea** reprezintă condiţia princeps a oricărui act medical. Timpul nostru este „împărţit" între importanţa acordată datelor de laborator şi cel „destinat" interpretării semnelor fizice. Şi asta ne afectează ***calitatea de doctor***, ţinând cont de faptul că această ştiinţă – de la practicile şamanice sau religioase şi până la *medicina mileniului III* – a fost centrată de efectul catharctic şi de anxioliză al interacţionării interumane. Acel *„ia-ţi patul tău şi umblă"* exprimă o comunicare imperativă, în care mesajele explicite şi implicite sunt depăşite prin sugestie. Chiar şi la Delphi, omul mergea pentru a comunica! (după F. Tudose, 1997). Lumea „în schimbare" face ca sofisticate aparate computerizate, camere special amenajate, ce mimează o *călduroasă* primire novicilor, să înlocuiască clasicul dialog *face-to-face*. Se deformează imaginea profesiunii prin cunoaşterea pacientului ca „obiect de studiu". Medicul îşi păstrează aura de *„zeu"*, dominând de la distanţă şi impunându-şi prestigiul prin atuul indus de *complicatele „maşinării" destinate*

cunoașterii trupului și uneori (de ce nu?) și gândurilor celui bolnav. Informatizarea sistemului impune distanță, alături de o doză de „răceală afectivă", când într-un cabinet *aparent* primitor, pacientul – legat de fire *sau* singur în fața unui ecran – așteaptă cu spaimă și speranță verdictul unui produs al tehnologiei de lux. Comunicarea trebuie să fie directă, nemediată și „față în față", căci ochiul dă și ia mesaje simultan. Din această perspectivă, schema clasică a comunicării se îmbogățește cu noi valențe: „a emite" – se ridică la rang de **a exprima**, iar „a percepe" – devine similar cu **a înțelege**. La prima întâlnire cu pacientul, odată stabilit dialogul, se câștigă sau se pierde „partida de mare terapeut".

Această omnipotență este doar aparență, dincolo de care există personalitatea reală a acestui *descendent al lui Hipocrate.* Este bine cunoscută *frica pacienților* asociată de multe ori cu o rușine socializată în raport cu propriile trăiri. Ceea ce se cunoaște mai puțin este *frica doctorului* (mascată de puterea statutului și securizarea indusă de *imagistica* modernă) – în raport cu receptarea simptomelor asociate cu o fatidică semnificație, angoasa de a pune *un anumit* diagnostic, drama de a fi *cel ce aduce veștile proaste.*

A susține – în sensul de **a prelua** parțial **problemele** medicului, evitându-i excesiva *încărcare* emoțională –, **iată cel de-al doilea rol major al psihologului** în cadrul unei instituții sanitare de anvergură, unde rulajul pacienților este mare, bolile sunt grave, iar *consumul interior afectiv* al celor ce **vindecă** – suportat în consecință.

Medicul este format dintr-o perspectivă strict alopată, operează cu raționamente pozitiviste și este învățat **să eradicheze**, restabilind „ordinea" inițială în *bunul mers* al organismului. Când acest deziderat nu mai poate fi atins, frustrarea este resimțită acut, deoarece este lezat nucleul profund al competenței, acel *a nu putea duce la împlinire, a nu-ți putea realiza menirea pentru care a-i fost pregătit.* Într-o asemenea dureroasă situație, este resimțită inconștient necesitatea protecției Eu-lui prin dorința de a se „debarasa" cât mai repede de un pacient *sortit eșecului terapeutic.* Latent acționează o anxietate difuză, împiedicându-ne să punem suplimentare întrebări necesare *sau* să receptăm mesaje subliminale, de teama ca nu care cumva cel în cauză să nu invoce simptome ce ies din „paturile procustiene" ale nomenclatoarelor diagnostice sau să aibă *„ceva"* ce nu știm să tratăm.

De-abia atunci se face simțită prezența cuiva avizat pentru a face față ***afectiv*** cazurilor pentru care medicul nu a fost pregătit. La aflarea *prognosticului infaust,* medicul curant, care până mai înainte își făcea cu regularitate vizitele, evită – voit *sau* fără a-și da seama – contactul cu sărmanul nefericit și caută **psihologul** pentru a aborda dimensiunea transcendentă a existenței noastre banale, problema demnității în suferință, a libertății decizionale, a respectului cerut și dăruit. În sarcina acestuia cade atât suportul mutual acordat *celui disperat* în traversarea **fazelor de doliu**, dar și „salvarea" doctorului, din al cărui ton se sesizează dorința ardentă de a uita cât mai repede și de a-și continua investigarea următorului pacient – cu evidente șanse de curabilitate. Profesionalismul este înalt corelat cu inutilitatea meseriei și insatisfacția, în fața unui bolnav ce mai are puțin timp de trăit. *Am cunoscut o renumită doctoriță, ale cărei cunoștințe vaste erau dublate de implicare maximă, luptând până la contactul devastator cu ultimele zile de viață, când transfera pacientul într-un alt salon,* ***atitudine ce exprimă frica imperceptibilă de a-și accepta limitele.***

Fiecare dintre noi – **medic** sau **pacient** – apelăm uneori – altădată cu timiditate, acum cu o infimă doză de „snobism" – la **ajutorul unui psiholog**, din impresia *de a fi*

mai puternici, a deține *un plus informațional* care, cândva, ar putea fi de ajutor. Ne mândrim cu „învingerea" universului intergalactic, dar în fiece moment rămân în urmă *indivizi ce sunt victime ale propriei lor nesiguranțe,* demonstrându-se încă o dată cum cucerirea **autocontrolului** în **universul propriu subiectiv** a rămas **cea mai trainică redută**.

1.3. *Reflectare* și *reformulare* în actul medical

Situația de bolnav este o zonă de rutină a comportamentului, în care apar perturbări grosolane, puternic negative, ce modifică biologicul, psihologicul, statutul și rolul social al individului. Există cinci stadii prin care fiecare trece la confruntarea cu boala:

- apariția simptomatologiei – acel *„ceva nu este în regulă";*
- asumarea rolului de bolnav – *„cineva are nevoie de doctor";*
- faza de contact medical;
- etapa de *rol de pacient* dependent de decizia medicală;
- vindecarea – *renunțarea la rolul de bolnav* (după F. Tudose, 1997).

Sunt cunoscute multiple situații când pacientul nu vrea să „iasă" din boală, datorită interesului ce i se acordă și plusului de afectivitate. Cu cât inconștientul celui în cauză a acumulat mai multe frustrări, cu atât crește reacția de aderență la acest rol. Bătrânii se simt abandonați, percep altfel durata întâlnirii și timpul terapeutic, frecvent se refugiază în protecția spitalului, fiind greu de externat. Pentru ei, vindecarea este *altceva.* Când nu mai simt comunicarea empatică a medicului, devin revendicativi și printr-un cerc vicios antrenează un comportament de rejecție din partea personalului.

În orice act terapeutic nu trebuie să uităm **„oferta bolnavului"**, despre care vorbea Balint. Astfel, orice pacient are trei dorințe principale: ca doctorul să-i confirme propriile simptome, să-i risipească misterul asupra bolii și să fie ascultat (bolnavului îi face plăcere să vorbească despre boala sa).

Situația de a fi bolnav

Doar anxioșii și hipocondriacii vin de prima dată la medic. Din păcate, noi nu știm exact ce înseamnă **sănătatea**. Sunt persoane ce o idealizează, când de fapt **ea** este o stare de normalitate. O dată cu ieșirea din rolul de pacient, ar trebui să se atingă stadiul anterior bolii, dar aceasta redeșteaptă o serie de temeri și complexe din adâncurile abisale ale psihismului.

Manipularea durerii în terapie

Momentul nașterii este puternic înscris arhetipal în inconștientul colectiv ce ține de un model cultural. Durerea nu are posibilități de evaluare, fiind un fenomen pur subiectiv, care în cultura creștină reprezintă pedeapsa simbolică legată de păcatul originar al umanității. În schimbul durerii, recapeți funcția demiurgică de a crea o altă ființă.

În cancer, dacă prognosticul este bun, durerea este vag resimţită, în timp ce un prognostic prost este asociat cu o durere intensă, chiar în lipsa unor factori obiectivi. Deşi există analgezice mai puternice, bolnavii cer *la schimb* morfină (o lume imaginară), ca o compensare pentru drama biologică. Durerea poate fi manipulată simbolic – *„ea mi-a salvat viaţa"* sau *„m-a făcut să mă duc la doctor* ***din timp****"*.

Modele ale relaţiei medic-pacient:

➢ activ–pasiv,

în care bolnavul se supune orbeşte – *„am venit să mă faceţi bine"*, „încredinţând" simptomele medicului ce preia toată responsabilitatea;

➢ participarea mutuală,

în care medicul acceptă tacit cererile bolnavului, fără a le negocia direct;

➢ profesor–student,

în care doctorul expune teoria despre boală, iar pacientul speră în vindecare ;

➢ modelul relaţiilor familiale, când

medicul trece din poziţia de *duşman al bolii,* în aceea de *prieten,* cu menţiunea că această relaţie trebuie să se oprească la simpatie, fără a avansa spre erotizare.

Vizitele făcute în spital cu toată echipa medicală lipsesc individul de sentimentul unicităţii sale ca om, infantilizându-l în rolul de bolnav (G. Ionescu, 1995). Trebuie evitată relaţia de tip părinte–copil, în favoarea unei colaborări între doi adulţi responsabili, fără ca doctorul să profite de regresia dată de boală. Altfel, nu mai există complianţa terapeutică, ori pacientul trebuie stimulat să înţeleagă ce are şi de ce face un anumit tratament.

De multe ori, bolnavii vin cu dorinţa de a auzi ceva anume, fapt ce face loc unor „negocieri" simbolice: el sugerează un diagnostic şi, dacă interpretările medicului nu corespund cu dorinţele sale ascunse, revine la o nouă consultaţie cu o altă paletă de simptome, pentru a oferi informaţii suplimentare în vederea concluziilor pe care şi le doreşte. Vibraţia de la inconştient la inconştient te determină să-i comunici, în virtutea unui beneficiu terapeutic, şi acea parte perpetuu imaginată.

Veştile proaste

Nimeni nu trebuie minţit, căci asta ţine inclusiv de un infantilism al medicului. Independent de modelele culturale şi de personalitatea fiecărui bolnav, rămâne ideea că o astfel de ştire nu trebuie dată brutal: *e ceva în neregulă... mai repetăm analizele... nu-ţi merge bine... ne mai sfătuim cu un alt doctor... poate trebuie un tratament mai dur... extirpăm tumora... mai durează...* Dincolo de bine cunoscutele faze de doliu: **negaţia, „de ce eu?", „de ce acum?",** dacă reuşeşti să scoţi pacientul din **depresie**, este un succes terapeutic, căci acesta îşi trăieşte cu plenitudine ultimele clipe (după S. C. Oană, 1997).

Transferul reprezintă un schimb de informaţie şi afectivitate ce se produce conform unor modele de aşteptare pe care pacientul le are în raport cu medicul. Ţine de o imagine preformată despre autoritate şi despre Eu-l ideal, căci doctorul este o fiinţă înzestrată cu cunoştinţe, puterea de a schimba şi determina cursul vieţii, are bani, este fermecător, este o sursă de afectivitate şi are o poziţie socială importantă. Când aşteptările sunt înşelate şi deturnate, apare ostilitatea şi respingerea – medicii sunt înjuraţi, defăimaţi, agresaţi. Erotizarea relaţiei creşte transferul. Cel în cauză trebuie să

controleze asta, deşi este plăcut să fii admirat; trebuie evitată competiţia directă cu pacientul, a nu aştepta să se spună „eşti cel mai bun doctor", căci asta înseamnă negăsirea satisfacţiilor în relaţiile normale ale vieţii.

Sub influenţa propriilor fantasme, medicul se implică în conţinutul pozitiv sau negativ al mesajelor primite de la pacient, acordându-le propria semnificaţie. Suverană rămâne acea „neutralitate binevoitoare" în raport cu trăirile pacientului, deoarece comunicarea dintre medic şi acesta are un scop şi un sens, nefiind un „dialog" între egali. Experienţa personală ne determină să facem *presupuneri subiective* înainte de a auzi discursul pacientului ca informaţie obiectivă, tot aşa cum există un sexism de o agresivitate uimitoare care face ca aceste presupuneri să fie mai puternice în raport cu femeile. Prin profesie, faţă de celălalt, capeţi capacitatea de a-i controla timpul şi o parte din viaţă. Rămâne doar legea morală ce există în noi, căci nimeni nu-i poate „introduce" medicului „o cantitate suplimentară" de *moralitate*. Se capătă un drept asupra celuilalt. Numărul crescut al fantasmelor din inconştient traduce de fapt **nesiguranţa de sine**. ***Jurământul*** stabileşte o filiaţie continuă, căci medicina este acel „a face caz cu caz". A continua cu ultimele cuvinte, a face un rezumat, a parafraza sau a pune întrebări sunt elemente de susţinere pentru copii, pentru bătrâni, pentru cei blocaţi afectiv. Relaţia doctor-pacient devine încărcată atât de satisfacţii, cât şi de frustrări.

Pe măsură ce medicul devine „mai renumit", dintr-o altă perspectivă poate deveni mai vulnerabil, căci bolnavii se informează reciproc despre pretenţiile şi prestigiul acestuia. Ca doctor, trebuie să-ţi controlezi imaginea, dar fără a încerca să pari „campionul austerităţii", căci dacă pacienţii nu au imaginea reală a celui ce-i tratează, nu există complianţă terapeutică (după F. Tudose).

Medicul şi pacientul, fără să ştie, se aleg unul pe altul. În mod inconştient, el îşi selectează pacienţii conform structurilor profunde ale personalităţii sale, iar aceştia îi creează imaginea. El joacă rolul său toată viaţa, pe când pacientul intră secvenţial în rolul de bolnav. Conform acestei teorii, medicul este învestit cu **putere** de către societatea ce a dorit să se debaraseze de suferinţa umană, „să nu-i mai apară în ochi" şi astfel a apărut funcţia sacerdotală a acestei profesii: *halatul creează distanţa, în faţa medicului pacientul e gol, umilit, îşi etalează defectele, nu se mişcă, nu mai este stăpân în aceeaşi măsură pe voinţa lui... trebuie să se programeze, să aştepte, să-şi arate neputinţa... mai există şi asistenta şi portarul – „spirite" ce trebuie „îmbunate" pentru a ajunge la **„zeu"**... medicul e taciturn, pare că nu înţelege cuvintele bolnavului... acesta face sacrificii – a dona sânge, a nu mai fi „întreg".* Din **dorinţa de putere,** doctorul face asta şi dacă nu este plătit, căci **„dacă nu poţi ajunge rege, fă-te medic"** (după S. C. Oană).

1.4. Rolul examinării psihologice în conturarea diagnosticului psihiatric

Reliefând atuurile lucrului în echipă multidisciplinară de specialişti atunci când ne confruntăm cu bolnavul psihic, propunem **un model de examen psihologic** ce ar putea fi aplicat cu succes în secţiile spitalelor de profil, fiind un real suport instrumental în conturarea diagnosticului psihiatric.

S-a vorbit şi se vorbeşte astăzi, din ce în ce mai mult, despre *nevoia de a exista un psiholog* în aproape toate spitalele, indiferent de profilul acestora. Deşi dorinţa medicului de suport empatic atât pentru sine, cât mai ales pentru pacient este din ce în ce mai evidentă, statutul psihologului nu este suficient definit şi, din păcate, acest lucru se întâmplă mai cu seamă chiar în secţiile de psihiatrie, unde rolurile sau, mai *bine spus, „atribuţiile" medicului, respectiv ale psihologului nu sunt clar statuate.* Deşi se simte necesitatea lucrului **împreună**, de multe ori apare între cei doi un fel de concurenţă – nejustificată şi urmată de efecte nefaste, legată pe de-o parte de „instrumentele" utilizate în diagnostic, iar pe de alta – de „competenţa" şi abilitatea în desfăşurarea unui eventual proces psihoterapic.

Situaţia se poate manifesta pe o scală cu două extreme. Fie psihiatrul are tendinţa să controleze întregul proces de inventariere a personalităţii, „extinzându-se" inclusiv la aproximarea coeficientului de inteligenţă (deoarece rari sunt pacienţii cu care timpul le permite o reală aplicare a testelor de profil), fie, la polul opus, „înglobează" în propria descriere a cazului perspectiva *predominant psiho-socială*, riscând să piardă subiecţii cu manifestări subclinice, pe care psihologul i-a perceput ca fiind *„în limitele largi ale normalităţii"*.

Încercând o sumară explicitare a „rolurilor", accentuăm ideea că psihologul este persoana avizată în calcularea exactă a QI-ului (atunci când particularităţile bolnavului permit acest lucru), precum şi în administrarea şi interpretarea nuanţată şi complexă a testelor de personalitate. De menţionat că acesta trebuie să nu se bazeze pe un singur gen de instrumente, absolutizând încrederea acordată – de exemplu – celor *proiective* (cum sunt înclinaţi să facă cei de formaţie strict analitică, ale căror subiectivism şi interpretativitate depăşesc cadrul obiectiv al unei investigaţii spitaliceşti, dat fiind fluxul crescut de lucru) sau ridicând la rang de „dogmă" scorurile unor chestionare efectuate în condiţii mai mult sau mai puţin corecte, cu scale de minciună mai mult sau mai puţin valide (aşa-numiţii *„testologi"*, pentru care totul este estompat de coeficienţi şi cifre fixe). La fel de importante în examenul psihologic rămân **anamneza**, cu accent pe psihotraumele copilăriei, adolescenţei sau anilor premergători debutului real sau aparent al bolii, precum şi **impresia clinică** „filtrată" prin prisma impactului factorilor reactivi asupra disponibilităţii, vulnerabilităţii psihice a celui în cauză (reliefarea trăsăturilor personalităţii premorbide). Concluzia examenului nu trebuie formulată atât în termenii diagnosticului psihiatric (exceptând cazurile unde intensitatea psihopatologică a tulburării este evidentă), cât mai degrabă demonstrând personalitatea de bază a subiectului, eventualele decompensări, climatul reactiv, contextul somatogen asociat şi potenţialele resurse compensatorii, susceptibile unor influenţe psihoterapeutice. ***Materialul*** astfel oferit medicului psihiatru, într-o manieră coerentă şi organizată, va fi rapid prelucrat din unghiuri de vedere multiple – aducând în plus dimensiunea *biochimicului, a heritabilităţii şi antecedentelor personale*, în virtutea cărora se pot emite opinii de tratament farmacologic şi predicţii evolutive. Atât de mult disputata latură *psihoterapeutică* poate fi efectuată atât de psiholog, cât şi de medicul psihiatru, în funcţie de formarea fiecăruia şi de optima relaţionare emoţională cu subiectul, de multe ori, mai ales în cadru instituţionalizat, fiind posibilă, chiar recomandabilă, *o abordare în echipă*.

Raportat la cele susţinute mai sus, prezentăm în continuare un **model de examinare psihologică**, bazat pe o largă baterie de teste de personalitate şi susţinut de *feeling*-ul clinic, în care centrale rămân **intuiţia** şi **empatia**.

Date personale	CAZUL 1
Nume/Prenume	Elena
Sex	Feminin
Vârsta	30 ani

Simptomatologie

Menometroragii;

Lipotimii

Anamneza psihologică

Psihotrauma primei căsătorii (tentativa de viol din partea prietenilor soţului)
Relaţie simbiotică cu mama (foarte bolnavă)
Comportamente ce se situează la extreme (tendinţe la absolutizare)
Relatează scene iniţiatice cu conţinut religios

Impresia clinică

Marcate elemente Hy, dar şi tendinţe schizoforme (coartaţia Eu-lui şi investire în fenomene bizare)

Teste proiective

<table>
<tr><td rowspan="7">Arbore</td><td>Rădăcini</td><td colspan="2">Lipsa identificării</td><td rowspan="7">Neancorare în realitate;
Frustra imaturitate;
Trauma în relaţia cu tatăl;
„A nu se identifica din nimic";
Agresivitate latentă;
Dedublarea Eu-lui (?) sau nevoie excesivă de tandreţe</td></tr>
<tr><td>Trunchi</td><td colspan="2">Încercare de a apărea puternică</td></tr>
<tr><td>Ramuri</td><td colspan="2">Depăşirea imaturităţii prin tendinţe agresive</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Prezenţa psihotraumelor</td><td>Vârsta</td><td>19 ani</td></tr>
<tr><td>Tipul relaţiei</td><td>În interacţiunea cu o figură marcantă de tip masculin</td></tr>
<tr><td>Scindarea Eului</td><td colspan="2">Posibil</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Nu</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Testul feţei</td><td>Orbite</td><td colspan="2">Libere</td><td rowspan="5">Angoasă;
Elemente atipice;</td></tr>
<tr><td>Construcţia buzelor</td><td colspan="2">Tendinţa la disimulare</td></tr>
<tr><td>„Masca"</td><td colspan="2">Nu</td></tr>
<tr><td>Anxietatea</td><td colspan="2">Marcată</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Nu</td></tr>
</table>

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	Hy_5 K_4 P_4 D_5 Isterie cu fenomene atipice asociată cu astenodepresie
		Sublatent	H_2 E_2
		Latent	S_0 M_0 Agresivitate și impulsiuni
	Tensiune agresivă; Reacții acting-out; Marcate elemente interpretative; Caracter depresiv de tip coartativ; Dependența afectivă (forma histeroidă) ce sfârșește depresiv postparoxistic; Comportament rece; Adaptare impersonală dezemoționalizată; Imaginație sterilă; Anxietate; Funcționarea în hiper- a inhibiției ce induce o mască afectivă; Comportament hipoman devalorizând relațiile interpersonale		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	17 (Sten 2)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	6
		Q4 (tensiune)	4
		Q3 (autocontrol scăzut)	3
		C (instabilitate emoțională)	0
		L (suspiciozitatea)	4
Depresie IPAT	Fără corecție	7 (Sten 3)	
	Cu corecție	12 (Sten 4)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	14 (Sten 10)
		B (inteligență)	4 (Sten 3)
		C (stabilitate emoțională)	19 (Sten 10)
		E (dominanță)	6 (Sten 5)
		F (impulsivitate)	13 (Sten 8)
		G (conformism)	11 (Sten 5)
		H (excentricitate)	15 (Sten 9)
		I (senzitivitate)	15 (Sten 10)
		L (suspiciozitate)	8 (Sten 5)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	4 (Sten 1)
		N (perspicacitate)	10 (Sten 7)
		O (insecuritate)	15 (Sten 9)
		Q1 (conservatorism)	16 (Sten 10)
		Q2 (autosuficiență)	6 (Sten 4)
		Q3 (autodisciplină)	14 (Sten 9)
		Q4 (tensiune)	2 (Sten 1)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	3 (Sten 5)
		D2 (depresie suicidară)	2 (Sten 5)
		D3 (agitație)	15 (Sten 8)
		D4 (depresie anxioasă)	4 (Sten 4)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	4 (Sten 4)
		D6 (vină și resentimente)	4 (Sten 4)
		D7 (plictiseală și retragere)	1 (Sten 3)
		Pa (paranoia)	4 (Sten 5)
		Pp (deviație psihopatică)	20 (Sten 9)
		Sc (schizofrenie)	0 (Sten 2)
		As (psihastenie)	6 (Sten 5)
		Ps (inadecvanță)	1 (Sten 2)
	Scale de minciună	Faking bad	2
		Faking good	12
Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	490	

Concluzia examenului psihologic

Profilul unei psihopatii isterice, cu marcate elemente interpretative și anxietate comportamentală mascată, întreținută în context psihotraumatizant.

<table>
<tr><th>Date personale</th><th colspan="4">CAZUL 2</th></tr>
<tr><td>Nume/Prenume</td><td colspan="4">Maria</td></tr>
<tr><td>Sex</td><td colspan="4">Feminin</td></tr>
<tr><td>Vârsta</td><td colspan="4">37 ani</td></tr>
<tr><td colspan="5">Simptomatologie
Bulimie;
Creştere ponderală;
Labilitate emoţională, dispoziţii depresive, plâns facil, iritabilitate; anxietate difuză</td></tr>
<tr><td colspan="5">Anamneza psihologică
Multiple frustrări afective (în antecedente – refulări şi tensionări succesive, comportament „supus“, Eu adaptabil, servil, „învingându-şi“ tendinţa la revoltă, conduita motivată de sacrificiu pentru familie; în prezent – reducerea inhibiţiilor şi funcţionarea în hiper a mecanismelor impulsive</td></tr>
<tr><td colspan="5">Impresia clinică
Distimie; labilitate; lamentativitate; demonstrativitate; victimizare; nevoie excesivă de tandreţe; evidentă conduită Hy</td></tr>
<tr><td colspan="5">Teste proiective</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Arbore</td><td>Rădăcini</td><td colspan="2">Lipsa identificării</td><td rowspan="7">Neancorare în realitate; Agresivitate inconştientă îndelung acumulată; Limitarea intenţionată a relaţiilor sociale; Neîncredere în semeni; Uşoară înclinare „nostalgică“ spre trecut</td></tr>
<tr><td>Trunchi</td><td colspan="2">Încercare de a apărea puternică</td></tr>
<tr><td>Ramuri</td><td colspan="2">Autocenzura marcată (dublu contur)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Prezenţa psihotraumelor</td><td>Vârsta</td><td>Nu</td></tr>
<tr><td>Tipul relaţiei</td><td>Nu</td></tr>
<tr><td>Scindarea Eu-lui</td><td colspan="2">Nu</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Nu</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Testul feţei</td><td>Orbite</td><td colspan="2">Libere, dar mici</td><td rowspan="5">Labilitate emoţională; Negarea problemelor (încercări nereuşite de disimulare a conflictelor maritale) Marcată nevoie de afecţiune; Tendinţă la stabilirea de relaţii simbiotice</td></tr>
<tr><td>Construcţia buzelor</td><td colspan="2">Multiple încercări de „a face faţă“</td></tr>
<tr><td>„Masca“</td><td colspan="2">Surâs de tip tragic-comic (ecranarea perturbărilor afective)</td></tr>
<tr><td>Anxietatea</td><td colspan="2">Da; nesiguranţa de sine; teama de singurătate</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Nu</td></tr>
</table>

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	K_5 P_5 D_5 Interpretativitate cu astenodepresie
		Sublatent	
		Latent	H_0 S_0 E_0 Hy_0 M_0 Structură sensibilă, impulsivă, imatură, cu excesivă dorinţă de afectivitate
	Reacţii de tip isteric în faţa pozelor; teamă de acţiune (blocaj sau panică), imaturitate, trăire anxioasă a aşteptării şi ambiguităţii, momente de negare a realităţii, agresivitate, nestatornicie în interese, folosirea relaţiilor interpersonale în avantaj propriu		
Scale şi chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	57 (Sten 9)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	16
		Q4 (tensiune)	18
		Q3 (autocontrol scăzut)	8
		C (instabilitate emoţională)	9
		L (suspiciozitatea)	6
Depresie IPAT	Fără corecţie	46 (Sten 10)	
	Cu corecţie	48 (Sten 10)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	15 (Sten 10)
		B (inteligenţă)	6 (Sten 5)
		C (stabilitate emoţională)	5 (Sten 2)
		E (dominantă)	13 (Sten 9)
		F (impulsivitate)	17 (Sten 10)
		G (conformism)	14 (Sten 7)
		H (excentricitate)	18 (Sten 10)
		I (senzitivitate)	11 (Sten 6)
		L (suspiciozitate)	11 (Sten 7)

Scale şi chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginaţie)	11 (Sten 6)
		N (perspicacitate)	11 (Sten 8)
		O (insecuritate)	21 (Sten 10)
		Q1 (conservatorism)	10 (Sten 7)
		Q2 (autosuficienţă)	10 (Sten 7)
		Q3 (autodisciplină)	5 (Sten 3)
		Q4 (tensiune)	23 (Sten 10)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	14 (Sten 8)
		D2 (depresie suicidară)	12 (Sten 8)
		D3 (agitaţie)	11 (Sten 6)
		D4 (depresie anxioasă)	12 (Sten 7)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	17 (Sten 8)
		D6 (vină şi resentimente)	16 (Sten 8)
		D7 (plictiseală şi retragere)	8 (Sten 7)
		Pa (paranoia)	12 (Sten 9)
		Pp (deviaţie psihopatică)	9 (Sten 3)
		Sc (schizofrenie)	12 (Sten 9)
		As (psihastenie)	17 (Sten 10)
		Ps (inadecvanţă)	18 (Sten 9)
	Scale de minciună	Faking bad	9
		Faking good	3
Scala de stres Holmes şi Rahe (reetalonată)	Punctaj global	390	

Concluzia examenului psihologic

Tulburări de aspect depresiv-anxios la o structură distimo-histrionică cu fond discrinic asociat, întreţinute reactiv (conflicte maritale, stres existenţial)

Date personale	CAZUL 3
Nume/Prenume	Mirela
Sex	Feminin
Vârsta	32 ani

Simptomatologie

Galactoree; Nelinişte existenţială rezultată din hiperconcentrare; Atenţie exagerată şi dorinţa de a nu greşi;
Masca unei siguranţe de sine

Anamneza psihologică

Pierderea tatălui la vârsta fragedă;
În antecedente relaţie de cuplu trăită cu dependenţă masochistă;

Impresia clinică

Rigiditate; Permanentă încordare; Acel „a ţine garda sus"; Psihotraume ale trecutului (accentuarea importanţei căldurii sufleteşti a copilăriei); Sarcină oprită în evoluţie (diagnostic ginecologic: avort psihogen) – metaforă a nesiguranţei relaţiei; Psihic puternic (dorinţe inconştiente puse în acţiune); Nevoie de a dărui şi primi mai mult;

Teste proiective

<table>
<tr><td rowspan="7">Arbore</td><td>Rădăcini</td><td colspan="2">Admiraţie pentru familia de origine; solidă ancorare</td><td rowspan="7">Acută nevoie de relaţii sociale;
Eu puternic, sigur pe sine, identificat inconştient cu o figură marcantă a copilăriei;
Tandreţe;
Nostalgia copilăriei şi uşoară înclinare spre trecut</td></tr>
<tr><td>Trunchi</td><td colspan="2">Încercări semnificative şi obositoare de a face faţă</td></tr>
<tr><td>Ramuri</td><td colspan="2">Dorinţa de comunicare interpersonală; relaţii puternice</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Prezenţa psihotraumelor</td><td>Vârsta</td><td>Nu</td></tr>
<tr><td>Tipul relaţiei</td><td>Nu</td></tr>
<tr><td>Scindarea Eu-lui</td><td colspan="2">Nu</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Evidente tentative reuşite de luptă</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Testul feţei</td><td>Orbite</td><td colspan="2">Nelinişte existenţială</td><td rowspan="5">Tendinţe la a-şi înfrumuseţa existenţa;
„Poftă de viaţă";
Risc de a nu lua în serios evenimentele semnificative</td></tr>
<tr><td>Construcţia buzelor</td><td colspan="2">Tentative reuşite de a depăşi depresia</td></tr>
<tr><td>„Masca"</td><td colspan="2">De tip comic</td></tr>
<tr><td>Anxietatea</td><td colspan="2">Da; dar mascată</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Nu în prezent</td></tr>
</table>

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	E_5 Descărcări excitabile
		Sublatent	
		Latent	H_0 S_0 Hy_0 K_0 P_0 D_0 M_0 Imaturitate; structură literal-artistică, uşor histrionică având tendinţe impulsive şi discret senzitivism depresiv
	Activism; Interese multiple; Psihonevroza Hy (simptomatologie conversivă); Căutări spre a se înţelege prin raţiune; Sensibilizarea ofensei; Anxietate din disperarea ce i-ar putea fi recunoscută „masca"; Gândire adolescentină; Idei obsesive; Aderenţă nevrotică; Fond incestuos; Perseverenţă; Concentrare		
Scale şi chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	36 (Sten 7)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	9
		Q4 (tensiune)	10
		Q3 (autocontrol scăzut)	7
		C (instabilitate emoţională)	4
		L (suspiciozitatea)	6
Depresie IPAT	Fără corecţie	18 (Sten 6)	
	Cu corecţie	22 (Sten 6)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	8 (Sten 5)
		B (inteligenţă)	8 (Sten 8)
		C (stabilitate emoţională)	10 (Sten 5)
		E (dominanţă)	10 (Sten 7)
		F (impulsivitate)	17 (Sten 10)
		G (conformism)	12 (Sten 5)
		H (excentricitate)	15 (Sten 9)
		I (senzitivitate)	10 (Sten 6)
		L (suspiciozitate)	10 (Sten 6)

Scale şi chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginaţie)	10 (Sten 6)
		N (perspicacitate)	7 (Sten 5)
		O (insecuritate)	15 (Sten 9)
		Q1 (conservatorism)	5 (Sten 3)
		Q2 (autosuficienţă)	11 (Sten 7)
		Q3 (autodisciplina)	20 (Sten 10)
		Q4 (tensiune)	9 (Sten 6)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	4 (Sten 5)
		D2 (depresie suicidară)	0 (Sten 2)
		D3 (agitaţie)	11 (Sten 6)
		D4 (depresie anxioasă)	10 (Sten 6)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	6 (Sten 5)
		D6 (vină şi resentimente)	5 (Sten 5)
		D7 (plictiseală şi retragere)	4 (Sten 6)
		Pa (paranoia)	9 (Sten 8)
		Pp (deviaţie psihopatică)	15 (Sten 7)
		Sc (schizofrenie)	6 (Sten 6)
		As (psihastenie)	5 (Sten 5)
		Ps (inadecvanţă)	3 (Sten 5)
	Scale de minciună	Faking bad	1
		Faking good	7
	Scala de stres Holmes şi Rahe (reetalonată)	Punctaj global	300
Concluzia examenului psihologic			
Profilul unei personalităţi de tip labil cu frustre note anxioase în contextul nesiguranţei existenţiale; riscul unor descărcări de tip excitabil cu posibile reacţii depresive, consecutive detensionărilor emoţionale.			

Date personale	**CAZUL 4**		
Nume/Prenume	Cristina		
Sex	Feminin		
Vârsta	20 ani		

Simptomatologie

Marcată scădere ponderală (BMI=15); Anorexie; Amenoree secundară; Dispoziţii depresive; Idei de inutilitate, vină şi resentimente; Fatigabilitate

Anamneza psihologică

Psihotraumă marcată a copilăriei tardive (tată alcoolic, cu tulburări de comportament); Deteriorarea relaţiilor cu tatăl (complex Oedip tardiv şi latent), compatibil cu viaţa socială, matură, cu „preţul" *sacrificiilor ritualice*; Convingeri religioase puternice bazate pe educaţia bunicilor; Lipsa încadrării într-un circuit academic sau profesional concordant cu QI-ul

Impresia clinică

Gândire magică, anomică, ce reproduce primitivismul, mergând până la „jertfa" propriului Eu spre rezolvarea dificultăţilor familiare; Inconştientă putere atribuită sinelui; Anorexia este consecinţa ideilor obsesive („târg" făcut cu divinitatea, de tipul ipotetico-deductiv magic: *„dacă mă supun la chinuri, tată, va fi bine")*; conduită de sacrificiu, după care clachează; în urmă cu câteva luni – evidentă decompensare depresivă, faţă de care, în momentul uşoarei reveniri din „amorţeala" psihică, simte puternice resentimente şi culpabilitate; în prezent – acel ruminativ depresiv *„a nu fi făcut destul"*

Teste proiective

Arbore	Rădăcini	Tendinţa la identificare cu figura marcantă a copilăriei (dorinţa de a semăna cu tatăl)		Ruptură bruscă în relaţia cu tatăl, ce determină înclinaţie spre trecut, cu refugiu matern; Nesiguranţă existenţială; Frica de a nu fi acceptată; Încercări multiple de construire a unui Eu suplu, maleabil, adaptabil, din speranţa de a fi dorită
	Trunchi	Tentative de a face faţă; Eu timid, încercând „să se înalţe";		
	Ramuri	Frică de semeni; Relaţii interpersonale fragile;		
	Prezenţa psihotraumelor	Vârsta	Mica copilărie	
		Tipul relaţiei	Pe linie paternă	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
	Depresia	Mascată (tristeţe, deprimare, labilitate emoţională, plâns facil)		
Testul feţei	Orbite	Puternic accentuate		Profil tipic unei tulburări de personalitate ananksta; Fond incestuos; Perseverenţă în idei; Nesiguranţă comportamentală; Revenirea angoasei micii copilării
	Construcţia buzelor	Surâs, dar în subsidiar se sesizează potenţialul agresiv		
	„Masca"	De tip comic (negarea durerii morale dată de complexul nevrotogen cheltuitor de energie)		
	Anxietatea	Marcată (de prim-plan)		
	Depresia	De fundal		

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	E_5 F_4 Excitabilitate cu autoagresivitate (combinație tipică prim-planului tulburării obsesiv-compulsive)
		Sublatent	K_3 H_2 D_2 Se acumulează oboseală, astenie și depresie
		Latent	Hy_1 M_1 Structură imatură (asociere de histrionism și impulsiuni) cu reale valențe ale unei sensibilități artistice
	Viața fantasmatică; Tendința la autoagresiune; Slăbire marcată a sistemului de reglare, nemaiputându-și inhiba obsesiile, față de care trăiește o conștiență critică *(Pierre Janet – „nebunia lucidă")*, multiple acuze nevrotice; Comportament încordat; Conduită ireală; **Simptomatologie constrictivă obsesiv-compulsivă**		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	40 (Sten 7)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	15
		Q4 (tensiune)	8
		Q3 (autocontrol scăzut)	10
		C (instabilitate emoțională)	1
		L (suspiciozitatea)	6
Depresie IPAT	Fără corecție	19 (Sten 6)	
	Cu corecție	24 (Sten 6)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	14 (Sten 10)
		B (inteligență)	5 (Sten 4)
		C (stabilitate emoțională)	12 (Sten 6)
		E (dominantă)	12 (Sten 8)
		F (impulsivitate)	16 (Sten 10)
		G (conformism)	15 (Sten 8)
		H (excentricitate)	17 (Sten 10)
		I (senzitivitate)	18 (Sten 10)
		L (suspiciozitate)	13 (Sten 9)

Scale şi chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginaţie)	15 (Sten 10)
		N (perspicacitate)	12 (Sten 9)
		O (insecuritate)	20 (Sten 10)
		Q1 (conservatorism)	6 (Sten 4)
		Q2 (autosuficienţă)	14 (Sten 9)
		Q3 (autodisciplină)	11 (Sten 8)
		Q4 (tensiune)	15 (Sten 10)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	7 (Sten 6)
		D2 (depresie suicidară)	7 (Sten 7)
		D3 (agitaţie)	8 (Sten 4)
		D4 (depresie anxioasă)	11 (Sten 7)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	7 (Sten 5)
		D6 (vină şi resentimente)	14 (Sten 7)
		D7 (plictiseală şi retragere)	7 (Sten 7)
		Pa (paranoia)	11 (Sten 9)
		Pp (deviaţie psihopatică)	11 (Sten 4)
		Sc (schizofrenie)	1 (Sten 3)
		As (psihastenie)	13 (Sten 8)
		Ps (inadecvanţă)	10 (Sten 7)
	Scale de minciună	Faking bad	4
		Faking good	8
Scala de stres Holmes şi Rahe (reetalonată)	Punctaj global	450	

Concluzia examenului psihologic

Tulburare de personalitate de tip *obsesiv-compulsiv* (ruminaţii autodistructive, ce reproduc gândirea anomică şi se exteriorizează în comportament anorectic) *decompensată depresiv* (asociind secundar nuanţe anxioase) în context psihotraumatizant

Date personale	**CAZUL 5**
Nume/Prenume	Violeta
Sex	Feminin
Vârsta	26 ani

Simptomatologie

Preocupări obsesive pentru buna funcționare a organismului, ce să-i confirme „normalitatea" și „feminitatea" (fantasme ce se substituie nevoii de afectivitate – *creșterea greutății cu 3 kg în 4 ore – „simt cum mă umflu", cuantifică lichidele ingerate, urina).* Evidente impulsiuni bulimice, alternând cu perioade de anorexie. Creștere ponderală, tulburări de schemă corporală cu interpretări perceptuale ireale (sugerând o interpretare delirantă) – nucleul nevrotogen actual. Preocupări crescute legate de pierderea memoriei

Anamneza psihologică

Marcată traumă sexual-afectivă (momentul dezvirginării, partener cu TDS, situație interpretată ca afront narcisic) ce i-a produs culpabilitate, senzitivism și sentimentul unei pedepse binemeritate; multiple refulări cu substrat sexual; probleme de sănătate ale mamei (relație simbiotică cu aceasta; marcată tensiune intrapsihică investită în negarea durerii morale)

Impresia clinică

Privire evitantă, puternic senzitivism și suspiciozitate, crescute preocupări hipocondriace, comportament „doctor shopping"; Dependență psihică (de mamă, de medicamente, de cafea)

Teste proiective

Arbore	Rădăcini	Dorința incomplet satisfăcută de „ancorare"		Înclinație spre trecut, probleme de identificare cu imaginea cuiva din familie (probabil cu mama), „dezordine interioară", lipsa dorinței de a găsi un suport în comunicările interumane
	Trunchi	Eu „perfecționat" acuzând nesiguranță		
	Ramuri	Lipsa relațiilor interpersonale		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	În copilăria mică	
		Tipul relației	Cu tatăl	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
	Depresia	Da, poziție tipică, depășirea mecanismelor de apărare		
Testul feței	Orbite	Libere = element patogen		Anxietate existențială, suspiciozitate, interpretativitate marcată; schi-incipient (?)
	Construcția buzelor	Tensiune interioară		
	„Masca"	Disimulare		
	Anxietatea	Da; difuză		
	Depresia	Mai profundă, dar mascată de anxietate		

Teste proiective				
Szondi Alegeri extrem de rigide (5 alegeri identice)	Formulă pulsională	Manifest	S_5 E_5 K_5 D_5 Asteno-excitabilitate, evidente elemente obsesive, depresie, agresivitate (tensiune sadică)	
		Sublatent		
		Latent	H_0 Hy_0 P_0 M_0	
			Valențe artistice(histrionism), imaturitate asociată cu interpretativitate structurală, senzitivism și suspiciozitate	
	Marcată nevoie de tandrețe afectivă și sexuală, refugiu în fantasme homoerotice, tensiune isterică (posibil în momentul prezent exteriorizată sub forma hipocondriei) ambivalență, Eu supradimensionat, cenestopatii schizoide, impulsiuni, sensibilizarea ofensei, Eu primitiv, intransigent, raportat autist, posibil schizo-histeriform			
Scale și chestionare				
Anxietate IPAT	Scor general	42 (Sten 8)		
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	9	
		Q4 (tensiune)	14	
		Q3 (autocontrol scăzut)	6	
		C (instabilitate emoțională)	3	
		L (suspiciozitatea)	10	
Depresie IPAT	Fără corecție	26 (Sten 7)		
	Cu corecție	28 (Sten 7)		
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	11 (Sten 7)	
		B (inteligență)	8 (Sten 8)	
		C (stabilitate emoțională)	**8 (Sten 4)**	
		E (dominanță)	12 (Sten 8)	
		F (impulsivitate)	11 (Sten 7)	
		G (conformism)	16 (Sten 9)	
		H (excentricitate)	14 (Sten 8)	
		I (senzitivitate)	14 (Sten 9)	
		L (suspiciozitate)	11 (Sten 7)	

Scale şi chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginaţie)	8 (Sten 4)
		N (perspicacitate)	12 (Sten 9)
		O (insecuritate)	**14 (Sten 9)**
		Q1 (conservatorism)	7 (Sten 5)
		Q2 (autosuficienţă)	13 (Sten 8)
		Q3 (autodisciplină)	11(Sten 7
		Q4 (tensiune)	**15(Sten 10)**
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	**17(Sten 10)**
		D2 (depresie suicidară)	7 (Sten 7)
		D3 (agitaţie)	15 (Sten 8)
		D4 (depresie anxioasă)	6 (Sten 5)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	14 (Sten 7)
		D6 (vină şi resentimente)	7 (Sten 6)
		D7 (plictiseală şi retragere)	8 (Sten 7)
		Pa (paranoia)	**11 (Sten 9)**
		Pp (deviaţie psihopatică)	14 (Sten 6)
		Sc (schizofrenie)	11 (Sten 8)
		As (psihastenie)	6 (Sten 5)
		Ps (inadecvanţă)	7 (Sten 6)
	Scale de minciună	Faking bad	5
		Faking good	8
Scala de stres Holmes şi Rahe (reetalonată)	Punctaj global	520	

Concluzia examenului psihologic

În momentul prezent nu sunt suficiente elemente pentru a susţine un debut clinic schi-, ci mai degrabă o structură isteric – impulsivă – imatură cu evidente tendinţe interpretativ senzitive ce dezvoltă reactiv uşoare tulburări depresive

Date personale	CAZUL 6
Nume/Prenume	Rodica
Sex	Feminin
Vârsta	18 ani

Simptomatologie

Cefalee predominant occipitală, dar şi cu caracter migrator, asociată cu vertij la schimbările bruşte de poziţie, debutată în urmă cu un an în contextul unui sindrom de suprasolicitare psihică (examen) şi reapărută pe fondul unui conflict emoţional, fără fotofobie, greaţă sau vărsături; somn superficial, scădere ponderală

Anamneza psihologică

Rezultate academice înalte, relaţie de conflict cu tatăl hiperautoritar, dominator, adeziv, insistent, aparent protectiv, ce i-a schimbat cursul vieţii afective (trauma adolescentină – separată de prieteni din cauza tatălui); marcate dureri în timpul ciclului menstrual („confirmarea virginităţii" cerută inconştient de tată); dorinţe situate la limita conştientului de a-şi „pedepsi" tatăl prin simptom

Impresia clinică

Rezistenţă scăzută la frustrare, iritabilitate, irascibilitate, „nervozitate"; elemente psihastene de structură (perfecţionism, meticulozitate), anxietate, reverii diurne, scăderea self-esteemului ; neliniştită, preocupată şi tensionată interior

Teste proiective

Arbore	Rădăcini	Lipsa dorinţei de identificare cu cineva apropiat		Lipsa ancorării în realitate, accentuarea relaţiei cu tatăl, reticenţă în raport cu viitorul, structură cu note rigide
	Trunchi	Evoluţie „frumoasă", armonioasă a Eului – până în prezent – blocaj în maturizarea personalităţii		
	Ramuri	Agresivitate interioară, mai mult în relaţia cu tatăl		
	Prezenţa psihotraumelor	Vârsta	Nu	
		Tipul relaţiei	Nu	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
	Depresia	Încercări de adaptare la situaţie		
Testul feţei	Orbite	Fire veselă, uşor anxioasă		Structură „simplă", exactă, emoţionalitate reţinută, agresivitate reprimată
	Construcţia buzelor	Optimism structural, „deschidere" sufletească		
	„Masca"	Sesizează comicul situaţiei		
	Anxietatea	Moderată		
	Depresia	Nu evidentă		

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	P_5 Senzitivism, suspiciozitate, fire analitică
		Sublatent	M_3 D_1 E_2 Depresie (se poate acumula în viitor) cu elemente excitabile
		Latent	H_0 S_0 Hy_0 K_0 Asteno-imaturitate și obsesionalitate
	Comportament rigid, conservator, rezistent; neîncrezătoare, dezamăgită; teamă de acțiune – adolescentă inhibată; labilitate, purtare etică (se străduiește să fie înțelegătoare), anxietate conflictuală; subordonare, viață tensionată, reprimată fantasmatic, eventuale obsesii		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	42 (Sten 8)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	6
		Q4 (tensiune)	5
		Q3 (autocontrol scăzut)	4
		C (instabilitate emoțională)	16
		L (suspiciozitatea)	11
Depresie IPAT	Fără corecție	22 (Sten 6)	
	Cu corecție	25 (Sten 6)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	14 (Sten 10)
		B (inteligență)	8 (Sten 8)
		C (stabilitate emoțională)	13 (Sten 7)
		E (dominanță)	11 (Sten 8)
		F (impulsivitate)	20 (Sten 10)
		G (conformism)	11 (Sten 5)
		H (excentricitate)	16 (Sten 10)
		I (senzitivitate)	12 (Sten 7)
		L (suspiciozitate)	13 (Sten 9)

Scale şi chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginaţie)	9 (Sten 5)
		N (perspicacitate)	13 (Sten 10)
		O (insecuritate)	**17 (Sten 10)**
		Q1 (conservatorism)	9 (Sten 6)
		Q2 (autosuficienţă)	9 (Sten 6)
		Q3 (autodisciplină)	13 (Sten 8)
		Q4 (tensiune)	13 (Sten 8)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	7 (Sten 6)
		D2 (depresie suicidară)	1 (Sten 4)
		D3 (agitaţie)	**13 (Sten 7)**
		D4 (depresie anxioasă)	9 (Sten 6)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	9 (Sten 6)
		D6 (vină şi resentimente)	**11 (Sten 7)**
		D7 (plictiseală şi retragere)	4 (Sten 6)
		Pa (paranoia)	**8 (Sten 7)**
		Pp (deviaţie psihopatică)	10 (Sten 4)
		Sc (schizofrenie)	6 (Sten 6)
		As (psihastenie)	8 (Sten 6)
		Ps (inadecvanţă)	7 (Sten 6)
	Scale de minciună	Faking bad	0
		Faking good	4
Scala de stres Holmes şi Rahe (reetalonată)	Punctaj global	340	
Concluzia examenului psihologic			
Tulburări anxioase ce îmbracă forme psihosomatice la o structură imatur-dependentă, în context reactiv familial			

Date personale	CAZUL 7
Nume/Prenume	Valentin
Sex	Masculin
Vârsta	18 ani

Simptomatologie

Idei prevalent-delirante – *„vreau să simt durerea, să sufăr, să mor"*, *„auzeam o voce, dar acum n-o mai aud"*, *„eu sunt Dumnezeu și Satana"* (afirmație cu evidentă colorатură demonstrativă). Prezintă la ambele brațe leziuni superficiale (*„vreau să mă sinucid și am s-o fac"*). Ritm și flux ideativ accelerat, ușoară incoerență la nivelul temei în discuție (trecerea de la o idee la alta) – *„Un cod de viață, un verset"*, *„e important să-i vorbești copilului de sexualitate, să-și descopere viața"*. Declară perioade de anorexie.

Anamneza psihologică

Rememorare obsesivă a psihotraumei pubertale (orhită, dureri, sentimente de rușine și vinovăție față de mamă). Relație tensională cu părinții și frații (*„vor să mă facă să sufăr, să mor lent"*, *„ce cuvinte urâte: mama, tata"*)

Impresia clinică

Cooperant, interesat; labilitate emoțională extremă – trece de la euforie cu note teatrale – *„parcă îmi place să sufăr"* la tristețe, deprimare, marcat comportament demonstrativ, dorință de a-și pedepsi părinții; adeziv, lamentabil; pulsiuni sexuale puternice, fantasme agresive la adresa tatălui

Teste proiective

<table>
<tr><td rowspan="7">Arbore</td><td>Rădăcini</td><td colspan="2">Lipsa dorinței de identificare cu familia („independență afectivă")</td><td rowspan="7">Se exclude schi- , dar rămâne o superficializare în modul de a privi viața, „a nu se bizui pe nimic"; nu poate stabili legături interumane, acestea fiind influențate și „filtrate" Hy</td></tr>
<tr><td>Trunchi</td><td colspan="2">Eu firav, „neterminat"</td></tr>
<tr><td>Ramuri</td><td colspan="2">Element patognomonic: incapacitatea de a stabili relații (crăci nesprijinite unele pe altele)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Prezența psihotraumelor</td><td>Vârsta</td><td>În copilăria mică și la 13–14 ani</td></tr>
<tr><td>Tipul relației</td><td>În relația cu tatăl, respectiv, cu mama</td></tr>
<tr><td>Scindarea Eu-lui</td><td colspan="2">Mai degrabă o „risipire" (inautenticitate)</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Da, de intensitate medie, trăită predominant ca refugiu în trecut</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Testul feței</td><td>Orbite</td><td colspan="2">Nu sugerează o depresie verra</td><td rowspan="5">Instabilitate psiho-compor-tamentală, interpretare tragicomică a vieții, se străduiește demonstrativ să pară „plat afectiv"</td></tr>
<tr><td>Construcția buzelor</td><td colspan="2">Incapacitatea trăirii unor sentimente reale și plenare</td></tr>
<tr><td>„Masca"</td><td colspan="2">Da, de tip „inflexibil", „inexpresiv" (cu excepția privirii)</td></tr>
<tr><td>Anxietatea</td><td colspan="2">Moderată</td></tr>
<tr><td>Depresia</td><td colspan="2">Mai mult afirmată decât trăită</td></tr>
</table>

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	D_4 P_3 *Depresie, elemente para-*
		Sublatent	K_2 S_1 Asteno-obsesionalitate
		Latent	H_0 Hy_0 M_0 E_0 Imaturitate, structură artistică, agresivitate de fundal – potențial (auto-) distructiv
	Sexualitate pasivă, elemente inversive (vectorul pulsiunii sexuale extrem de încărcat – h=+ !! s=-!!); nevoie excesivă de tandrețe și hiperprotecție), atacuri de panică, teamă de acțiune (angoasă), comportament hipoman		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	41 (Sten 8)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	7
		Q4 (tensiune)	14
		Q3 (autocontrol scăzut)	5
		C (instabilitate emoțională)	8
		L (suspiciozitatea)	7
Depresie IPAT	Fără corecție	68 (Sten 10)	
	Cu corecție	78 (Sten 10)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	11 (Sten 8)
		B (inteligență)	6 (Sten 5)
		C (stabilitate emoțională)	**2 (Sten 1)**
		E (dominanță)	**15 (Sten 10)**
		F (impulsivitate)	10 (Sten 6)
		G (conformism)	13 (Sten 6)
		H (excentricitate)	9 (Sten 6)
		I (senzitivitate)	**14 (Sten 9)**
		L (suspiciozitate)	**16 (Sten 10)**

Scale şi chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginaţie)	9 (Sten 6)
		N (perspicacitate)	8 (Sten 6)
		O (insecuritate)	**19 (Sten 10)**
		Q1 (conservatorism)	10 (Sten 7)
		Q2 (autosuficienţă)	13 (Sten 8)
		Q3 (autodisciplină)	9 (Sten 5)
		Q4 (tensiune)	**22 (Sten 10)**
	Scale clinice	D1 (hipocondrie)	**23 (Sten 10)**
		D2 (depresie suicidară)	**19 (Sten 10)**
		D3 (agitaţie)	10 (Sten 4)
		D4 (depresie anxioasă)	**14 (Sten 10)**
		D5 (depresie cu energie scăzută)	**24 (Sten 10)**
		D6 (vină şi resentimente)	**22 (Sten 10)**
		D7 (plictiseală şi retragere)	**18 (Sten 10)**
		Pa (paranoia)	**16 (Sten 10)**
		Pp (deviaţie psihopatică)	7 (Sten 2)
		Sc (schizofrenie)	**14 (Sten 10)**
		As (psihastenie)	**15 (Sten 9)**
		Ps (inadecvanţă)	**20 (Sten 10)**
	Scale de minciună	Faking bad	6
		Faking good	6
Scala de stres Holmes şi Rahe (reetalonată)	Punctaj global	550	

Concluzia examenului psihologic
Severă tulburare de personalitate de tip isteric (scurte decompensări psihotice în antecedente); în prezent – fenomenologie subpsihotică. Diagnostic diferenţial – cu tulburarea de personalitate de tip borderline, tulburarea afectivă bipolară

1.5. *Consiliere* versus *psihoterapie* în reintegrarea socio-profesională

Din cele anterior expuse reiese importanța **comunicării medic-pacient**, mai ales în noul context în care accentul trebuie să cadă nu atât pe diagnoza pacienților psihiatrici, cât mai ales pe **recuperarea** acestora. Rolul psihologului sau al medicului psihiatru avizat și cu formare în psihoterapie devine cu atât mai important. Ceea ce se uită însă este esențialul, banalul, punctul de plecare al oricărei *sfătuiri elementare* – ca **nevoie fundamentală** a bolnavului, mai ales în situația în care acesta se confruntă cu stigmatul de a fi pensionat medical, deoarece acest statut social particular ascunde, dacă nu în primul rând, cu siguranță într-o măsură semnificativă – *o criză existențială.*

Deși în lumea modernă tehnicile de psihoterapie s-au diversificat și îmbunătățit pe zi ce trece, apărând un fel de „supraspecializări" ce solicită practicianului o formare din ce în ce mai lungă și mai costisitoare, cei ce acced la aceste servicii sunt din ce în ce mai puțini.

Modelul pe care dorim să-l prezentăm în continuare este unul **simplist**, bazat pe **calitățile empatice** ale celui ce practică sfătuirea și pe **nevoia de suportivitate** a pacientului pensionat medical, mai ales că în majoritatea cazurilor cu care ne confruntăm *contextul reactiv* este amplu reprezentat. De altfel, orice medic „sensibilizat" la problematica psiho-somato-socială a acestor bolnavi și cu reale disponibilități emoționale poate **ajuta** în cel mai real sens al termenului. De multe ori, *greșelile* se fac din faptul că medicii, sub presiunea timpului și a *criteriilor* ce trebuie respectate pentru *„a nu pierde pensia",* extrapolează opiniile parțial valabile conform cărora *singura formă de suport „afectiv" pe care o pot oferi este menținerea gradului de invaliditate.* Motiv pentru care, atunci când, obiectiv, nu pot asigura bolnavului această *mult visată* și bine cunoscută **formă de protecție socială** a zilelor noastre, consideră că orice încercare de consiliere este *o bătălie pierdută din start.*

O umanitate **perfectă, sănătoasă, normală** este un ideal pe care îl putem realiza numai **împreună,** întinzând mâna celui de lângă noi – aflat în suferință fizică sau psihică, lăsându-ne sufletul deschis nevoii de ajutor al aproapelui. S-a spus că **secolul XXI va fi religios *sau* nu va fi deloc.** Să-l accepți pe cel de lângă tine cu *durerea* lui, să-l respecți, să-l înțelegi, să-l tratezi **ca pe un om,** să-l protejezi ca pe tine însuți **va fi religia viitorului,** garanția păstrării și transmiterii mai departe a marilor valori morale, culturale și de civilizație acumulate în cursul istoriei. Dezarmat, dezorientat, derutat, permanent condiționat, raportat, limitat – individului nu-i ajunge, de fapt, o singură viață să se cunoască și să învețe din propriile greșeli. Pornind de la **psihoterapia ca disciplină teoretică**, ne apropiem în demersul paginilor următoare de **profesia de psihoterapeut** – văzut *aici și acum* – în ipostazele de **om** și **creator,** a cărui menire vine să restabilească un echilibru frânt sau contorsionat undeva și să-l redea pe cel în cauză *lui însuși,* familiei, comunității și vieții. Din această perspectivă, **abnegația** și **modestia** sunt și rămân calități indispensabile. Dar primul mare obstacol ce trebuie înfruntat este **prejudecata** – ca maladie socială (închistarea, rezerva și retractarea cu

motivații jenante) la contactul cu *bolnavul psihic,* **în dorința de reconstrucție și recuperare a Eu-lui** – *a trece printr-o sită minusculă și fină munți uriași de nisip, în speranța de a găsi „un grăunte" de aur, o perlă.*

Numai că raționamentul gândirii psihoterapice ar trebui efectuat ușor în sens invers, având ca scop final **construirea** în sufletul celui afectat de suferință a **acelui instrument** cu ajutorul căruia să poată face față vieții într-o manieră *mai combativă.* Elementele prezentate în continuare sunt general valabile majorității pacienților investigați și reprezintă **un deziderat plauzibil de atins în condițiile concrete ale organizării activității de diagnoză și recuperare psihică**, mai ales că ele pot fi aplicate de medicul ce expertizează cazul, de psihiatru, psiholog sau asistent social – „deținător" al unor cunoștințe de psihologie clinică.

Elementele fundamentale ale consilierii psihologice

ROLUL CONSILIERII
- Înţelegere
- A descoperi "ceva" ce depăşeşte cadrul mijloacelor de laborator

SCOPUL CONSILIERII
- Încredere şi voinţă în lupta cu boala
- A vedea dincolo de aspectele medicale

REZULTATUL CONSILIERII
- Pacientul capătă *informaţie* şi *sănătate*
- Importante sunt:
  - **dorinţa**
  - **voinţa**
  - ***a face***

COMPORTAMENTUL EXPECTAT:
- a crea individului sentimentul de a deţine mai multă putere spre a avea grijă de propria sănătate **la nivelul maxim al posibilităţilor sale**
- a crea un nou comportament sau a schimba "ce nu e bun"
- rezistenţa la provocare – a-şi menţine convingerile dobândite într-un mediu ce se schimbă

Informarea - ca primă nevoie a pacientului

- De multe ori, pacienții au idei preconcepute şi vin la terapie spre a-şi verifica *propriul mod de gândire*
- consilierea psihologică presupune **relaţionare, comunicare** şi **ajutor**
- **sfătuirea** este o trebuinţă fundamentală a pacienţilor, cu care ne confruntăm, deoarece aceştia se caracterizează prin: resurse limitate, cunoştinţe, reacţii, strategii individuale nepotrivite, disabilităţi sau existenţă falsificată
- **nu** trebuie să ne propunem **obiective psihoterapice ample**, **ci** mai degrabă o simplă maturizare, dezvoltare afectivă, pentru a creşte capacitatea de luare a deciziilor, spre a rezolva problemele speciale, "lupta" cu crizele emoţionale, prelucrarea conflictelor interioare, îmbunătăţirea relaţiilor cu alţii
- trebuie stimulate încercările pacientului şi respectate valorile sale

Dificultăţi ale intervenţiei terapeutice

- Atitudini de tipul *"stăpâneşte-te"*, ce întreţin patologia, pacienţii psihiatrici încercând "din răsputeri" să se conformeze
- acceptarea stoică a realităţii nu este o soluţie în lumea modernă, care presupune dezvoltarea personalităţii

- claritatea necorespunz ătoare a sfaturilor determinate de o formulare confuză (inaplicabilitate în practică) - *de ex. sugestia de a evita stresul*
- totala contradicţie cu nevoile persoanei - *de ex. recomandarea de repaus absolut*
- mod necorespunzător de prezentare a sfaturilor şi prescripţiilor - prea brutal sau, *din contră,* fără convingere
- nerespectarea dorinţelor pacientului (importanţa mediului cultural de provenienţă)
- relaţie defectuoasă dată de inabilitatea terapeutului atunci când elimină succesiunea firească a etapelor de sfătuire ("taie" ascultarea, fără a cunoaşte bine problema)
- lipsa unei relaţii de încredere, pierderea momentului potrivit, manieră neaccesibilă - ceea ce determină refuzul conştient sau inconştient al pacientului de a pune în practică ***soluţiile*** prescrise.

Elementele importante pe care se susţine procesul psihoterapeutic

- conturarea precisă a scopului final al acestei acţiuni
- exemple pozitive
- motivaţie - încredere, angajament
- putere
- frică de consecinţe negative - necesită cunoştinţe (în sensul unei eficiente profilaxii primare); doar simpla informare nu este suficientă
- dorinţă
- resurse - sprijin din partea terapeutului
- aptitudini

Modalităţi de "intervenţie" a psihoterapeutului

- Dacă pentru diagnostic important este *a afla*, pentru consiliere semnificativ devine *a asculta*
- *Consilierea presupune în primul rând a ajuta pacientul să vorbească*
- "Instrumentele" utilizate sunt:
  - » întrebările deschise
  - » "trucurile" - *"Ce părere aveţi despre...?"*
  - » reflectarea
  - » reformularea
  - » exprimarea în termeni complecşi, dar simpli, nemedicali
  - » aptitudinea de a încuraja - *exemplele apropiate*
  - » mesajele non-verbale, pentru a manifesta interesul

Psihoterapia - ca instrument de autoajutor

- terapeutul trebuie să-şi depăşească dorinţa inconştientă de a impresiona şi să aibă încredere în cunoştinţele şi abilităţile sale
- este necesar ca oamenii să fie instruiţi pentru a căpăta aptitudinea de a-şi "repara" şi îngriji singuri propria sănătate psihică
- rolul consilierii şi psihoterapiei este de a oferi: **teorie (informare), demonstrare şi analiză**
- terapeutul este acea persoană "pricepută", ce oferă **feed-back** ***pentru*** **exerciţiile *("strădania")* pacientului**
- **din păcate, lipsa timpului ne face de cele mai multe ori să ne oprim la *teorie*, omiţând că, în psihoterapie, *practica* este cea mai importantă**

De la limitele abordării medicale la concepţia psihoterapeutică modernă

- se greşeşte accentuându-se cunoaşterea pacientului prin semnele sale fizice (ca *obiect*), nemairămânând timp pentru cunoaşterea lui ca *persoană*
- nu suntem învăţaţi să descifrăm sistematic limbajul de coduri ale pacientului aflat în situaţia specială de bolnav
- consilierea presupune depăşirea mesajelor *explicite* şi *implicite* prin **sugestie** - rolul **comunicării imperative**
- tehnologizarea ne afectează disponibilitatea de a fi alături de cel ce ne solicită sprijinul

- în psihoterapie - comunicarea ***bidirecţională*** este factorul princeps
- consilierea duce către *ieşirea din criză* prin efectul său anxiolitic
- **important:** a vorbi la acelaşi nivel de integritate afectivă cu celălalt
- psihoterapia modernă ridică la rang "cheie" **empatia** - în gesturi şi dialog
- actualmente, se pune accentul nu doar pe *modificarea personalităţii individului sub influenţa bolii,* ci şi pe *utilizarea particulară a reacţiei terapeutului ca trigger al dorinţei de vindecare a pacientului*

Comunicarea - psihologia actului medical

Fereastra deschisă:

- zona cunoscută atât de terapeut, cât şi de pacient
- presupune comunicare liberă
- relaţionarea este cu atât mai facilă, cu cât această zonă este mai mare
- subiectul se simte *mai în siguranţă* în a se destăinui cuiva *asemănător* sieşi

Fereastra oarbă:

- zona necunoscută terapeutului şi evidentă celorlalţi
- pacienţii pot cunoaşte greşelile precedente ale terapeutului
- este o zonă periculoasă, deoarece pune în lumină vulnerabilitatea celui ce efectuează procesul de consiliere

Fereastra ascunsă:

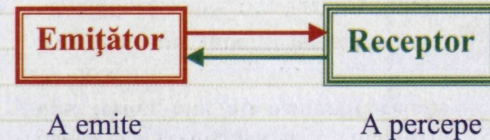
- zona cunoscută terapeutului, dar necunoscută celorlalţi
- este o *intimitate* pe care psihoterapeutul nu şi-o poate permite
- jocul ascunderii consumă o imensă cantitate de energie psihică

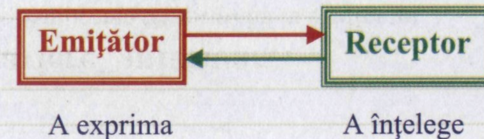
Fereastra necunoscută:

- cuprinde *ceea ce nimeni nu ştie* – zonă cu informaţie zero
- funcţionarea inconştientă a acestui compartiment aduce la suprafaţă comportamente neaşteptate, adesea negative
- universalitatea existenţei ei ne explică de ce în anumite situaţii, în pofida eforturilor conştiente atât ale terapeutului, cât şi ale pacientului, terapia totuşi nu avansează

A exprima - a înţelege în actul psihoterapeutic

- procesul consilierii trebuie să fie direct, nemediat şi "faţă în faţă", respectând condiţiile unei simultaneităţi
- de multe ori, terapeutul comunică mesaje cognitive sau senzoriale bazate pe propria sa experienţă
- pacientul receptează mesajele filtrându-le prin prisma cunoştinţelor sale, apărând riscul unei deformări maxime a informaţiei
- în psihoterapie, schema clasică a comunicării **emiţător - receptor**, în interacţiunea dintre terapeut şi pacient, capătă noi valenţe





"Bariere" apărute în procesul consilierii

- **"Bariere" exterioare:**
  - **dificultăţi de exprimare sau înţelegere a subiectului**
  - **amplasamentul -** ***poziţia în raport cu pacientul*** **- exprimă tipul de relaţie (pentru a nu greşi e importantă disponibilitatea terapeutului de a se imagina în situaţia inversă)**
  - **iluminarea -** ***facilitează o comunicare de tip "faţă în faţă"*** **- importanţa non-verbalului**
  - **temperatura - cu rol în influenţarea conţinutului emoţional al dialogului**
  - **ora din zi**
  - **durata întâlnirii - de la** ***insuficient*** **la** ***mesaje redundante*** **(există o capacitate fizică a terapeutului de a recepta mesajele)**
  - **ritmicitatea, fluiditatea**

- **"Bariere" interioare:**
  - **implicarea terapeutului în conţinutul mesajelor pacientului -** ***semnificaţia propriilor fantasme***
  - **frica, cuplată mai mult sau mai puţin cu ruşinea - atât a pacientului, cât şi a psihoterapeutului**
  - **ameninţarea statutului**
  - **teama de a recunoaşte şi de a mărturisi lipsa feeling-ului într-o anumită relaţie terapeutică**
  - **jena de a pune anumite întrebări**
  - **presupuneri subiective bazate pe mai vechea experienţă**
  - **dorinţa inconştientă de a controla timpul şi o parte din viaţa celuilalt**
  - **"moralitatea" terapeutului**
  - **nerespectarea secretelor bolnavului**
  - **conotaţia emoţională a anumitor cuvinte**

Consilierea - ca punct de plecare al oricărei terapii standardizate

- Consilierea trebuie să fie structurată, în nici un caz formalizată
- în psihoterapie, pacientul apreciază în primul rând modalitatea în care este ascultat şi apoi ceea ce i se spune
- se recomandă o ascultare *activă, atentă, binevoitoare*
- importante devin: *a face un rezumat, parafrazarea* şi *întrebările deschise*
- în orice formă de psihoterapie, pacienţii sunt extrem de toleranţi în raport cu "stagnarea" stării lor emoţionale, chiar cu o uşoară înrăutăţire - ce este bine cunoscută a marca etapele de început ale terapiilor mai analitice, atâta timp cât resimt ca securizant suportul empatic
- importantă este atenţia pe care terapeutul o acordă **modelului fantasmatic** al bolii
- psihoterapia modernă tinde spre un model **integrativ**, **sintetic**, **eclectic**, spre o viziune de tip **new age**

Dezideratele unei consilieri elementare

- **Speranţa că lucrurile se vor îndrepta în viitor** - creează celor demoralizaţi, neliniştiţi, neputincioşi şi neajutoraţi sentimentul autoeficacităţii. Poate fi considerat un element de sugestie.
- **O nouă viziune asupra sa şi asupra bolii** - prin oferirea informaţiilor asupra perturbărilor emoţionale şi alternativelor de ieşire din impas. Apare posibilitatea unei noi percepţii. Este vorba de un *alt* sistem explicativ ce trebuie însuşit.
- **O relaţie prietenoasă de îngrijire** - psihoterapeuţii cu succes sunt cei ce pot înţelege experienţa altora, *grija* lor pentru pacient fiind percepută ca atare. Ascultarea respectuoasă, simpatia şi o doză de optimism câştigă încrederea bolnavilor.
- **Construirea unei bune reţele sociale de suport emoţional** - factorii de rezilienţă (protectivi) necesari pentru sprijin şi ajutor.

De la clasica neutralitate absolută la flexibilitate terapeutică

- atunci când ne confruntăm cu probleme de viaţă, un "truc" elementar de ieşire din situaţie este acela de a apela la *universalitatea fenomenului* - ***a "chema în ajutor" Eu-l colectiv*** - *facilitează deculpabilizarea pacientului* - **acel** *"a găsi un ţap ispăşitor"*
- dorinţa ardentă a celui aflat în terapie este asigurarea unei ***ordini interioare***, deoarece noi ne confruntăm cu persoane dezintegrate emoţional, cu tensiuni insurmontabile create de viziuni confuze
- trebuie găsite ***compensări*** şi construită ***responsabilitatea individuală*** pentru a lupta cu pasivitatea şi resemnarea, mai ales că problema valorilor este, actualmente, una de natură macrosocială
- în consiliere, spre deosebire de o psihoterapie susţinută, este mai puţin importantă *tehnica*, ci mai degrabă **conţinutul**, **prelucrarea şi operaţionalizarea situaţiei de viaţă** pe care pacientul o aduce în discuţie. Decizia rămâne la latitudinea subiectului, dar terapeutul este implicat în *lămurirea lucrurilor* cu poziţia sa fundamentală despre lume şi viaţă
- esenţială rămâne **păstrarea unei continuităţi atitudinale**

Natura relaţiei terapeutice

- În consiliere accentul cade asupra calităţii relaţiei - *căldură neposesivă, naturaleţe* şi *înţelegerea trăirilor pacientului*
- terapeutul devine un sfătuitor, un Imago - persoană de referinţă la care bolnavul aderă
- fantasmele subiectului operează predominant în perioadele dintre şedinţele de psihoterapie, determinând un impact, o schimbare a percepţiei
- deşi scopul depinde de problema de viaţă concret prezentată şi de sistemul conceptual al terapeutului, pentru categoria de pacienţi cucare noi ne confruntăm - nu trebuie să omitem din vedere rezolvarea "locală", "ad-hoc" - dependentă de obiceiuri şi cultură. Dacă soluţia terapeutică oferită este în total dezacord cu modelele educaţionale apare o ruptură, o discontinuitate, pe care vindecarea pare şubredă.

Stiluri de sfătuire

- **Stilul directiv:**
  - se originează în metodele sugestive şi terapiile raţionale
  - medicii sunt înclinaţi mai mult spre un astfel de stil
  - terapeutul este implicat, îşi exprimă clar poziţia şi menţine conducerea, judecând toate aspectele situaţiei şi soluţiile
  - punctele slabe ar fi: *interogarea, neacceptarea trăirilor pacientului, moralizarea, suprainterpretarea, ascunderea unei nesiguranţe a terapeutului* şi faptul că *se poate ajunge la o persuasiune coercitivă cu valenţe punitive*
  - se pot utiliza tehnici prescriptive
  - accentul cade pe combaterea problemei - "înfruntarea fierbinte"
  - pacienţii cu care ne confruntăm, în marea lor majoritate, dată fiind regresia indusă de situaţia şi statutul social particular, **cer** o astfel de terapie, în care *răspunderea* aparţine mai puţin sieşi şi mai mult terapeutului

- **Stilul non-directiv:**
  - presupune o atitudine facilitatoare, de sprijin şi neutralitate
  - este o metodă catharctică, în care terapeutul acceptă descărcările emoţinale ale subiectului, rămânând suportiv
  - riscul este ca pacientul să *delege* autoritatea - *"spune-mi tu ce să fac!"* - capcană în care mulţi terapeuţi pot cădea, pentru că "manevra" pacientului este măgulitoare
  - contează particularităţile personalităţii şi starea bolnavului, deoarece sfaturile trebuie "picurate", descurajându-se un rol prea activ al terapeutului (impunerea părerii acestuia e resimţită uneori ca o agresivitate)
  - importanţa acelui **self - awareness** - a-ţi controla ca terapeut propriile vorbe, emoţii, *a le ţine "sub control"*
  - rămâne **problema implicării** - de la *"a intra cu sprijin emoţional"* la *a da sfaturi*; se ajunge la asimilarea unui stil profesional şi **dezvoltarea conştiinţei de sine ca profesionist**

Comportamentul de "pacient pensionat medical"

- "Eticheta" de *pensionat medical* implică o puternică aderenţă la acest **statut**, fapt ce îngreunează psihoterapia şi, în ultimă instanţă, vindecarea
- reacţia este indusă de frustrările ce generează interes şi nevoie de afecţiune
- aceşti bolnavi se simt de multe ori abandonaţi, nu percep dimensiunile consilierii, ceea ce-i face revendicativi, atrăgând după sine un comportament de rejecţie din partea personalului calificat
- cei profund afectaţi, deşi îşi doresc o autentică psihoterapie, percep altfel durata întâlnirilor şi timpul şedinţelor, **refugiindu-se în protecţia dată de statutul de "pensionat medical"**

Consilierea - ca suport psihologic al situaţiei de a fi bolnav

- renunţarea la eticheta de "pensionat medical" nu se poate face fără renunţarea la situaţia de bolnav
- din păcate, "ieşirea din pensie" nu concordă neapărat cu atingerea sănătăţii ideale (acel "cum aş vrea să fiu" pe care pacienţii îl cer necontenit ca "răsplată" pentru "debarasarea" de rolul de "pensionat medical")
- rămân o serie de temeri, complexe, insuccese - frustrante inclusiv pentru medic sau psihoterapeut, mai ales când pacientul se "profesionalizează" în acest rol
- ne confruntăm cu gradul de cultură al subiecţilor - de la modelele latine în care boala ce a dus la pierderea serviciului "trebuie" făcută publică şi până la acceptarea cu stoicism a unui diagnostic grav

Psihoterapia - ca proces de *negociere simbolică*

- prin profesionalism, cel ce "oferă" consilierea trebuie să-şi facă simţite părerile
  terapeutul şi pacientul se aleg inconştient (există un tropism în virtutea căruia bolnavii selectaţi pentru psihoterapie sunt conform structurilor profunde ale personalităţii terapeutului, ei reuşind să contureze imaginea celui ce-i ajută)
- sunt cunoscute mai multe modele ale acestei relaţii: de la cel activ-pasiv, profesor-student, la cel al relaţiilor familiale şi al participării mutuale
- pacientul doritor de psihoterapie nu vine neapărat să se vindece, ci, mai degrabă, el are în vedere *"a preda cuiva" criza sa existenţială* - solicită în primul rând înţelegerea terapeutului şi abia apoi, competenţa acestuia, într-un cadru de intimitate care să-i liniştească anxietatea
- rolul de pshioterapeut a fost creat pentru că societatea dorea să piardă din vedere suferinţa umană
- deşi orice proces de consiliere presupune o anumită regresie, pacientul trebuie stimulat să înţeleagă necesitatea acestui tip particular de relaţie, fapt ce-i asigură complianţa
- în mod particular, pentru categoria pacienţilor cu o minimă reţea de suport social şi afectiv, trebuie să evităm *un stil defensiv,* deoarece aceşti oameni nu vin să păcălească medicul; chiar şi atunci când ni se pare că *"nu merită pensia"*, cel în cauză are totuşi o problemă, iar nouă - ca terapeuţi, ne revine sarcina de a-i comunica interesul pentru ceea ce i se întâmplă, chiar dacă facem asta într-o manieră puţin histrionică
- important este a-i spune pacientului inclusiv ce vrea el să audă

Raţional şi afectiv în psihoterapie

- psihoterapia s-a născut din nevoia omului de a-şi comunica suferinţa
- uneori există *alexitimie* - incapacitatea de exteriorizare a sentimentelor, în timp ce refularea provoacă o comunicare defectuoasă prin intermediul organelor (bolile psihosomatice)
- orice formă de psihoterapie nu trebuie să piardă din vedere ideea că *"raţionalitatea este folosită pentru a ne îndeplini scopurile afective", deoarece nu realitatea îi îmbolnăveşte pe oameni, ci maniera în care aceştia o interpretează*

Transfer şi contratransfer

- în psihatrie şi psihoterapie transferul de problematică şi de agresivitate este masiv, motiv pentru care atunci când apare blocajul în comunicarea cu pacientul, terapeutul este perceput într-o poziţie de ostilitate
- transferul ţine de un model de aşteptare pe care pacientul îl are, de o imagine preformată despre autoritate şi Eu-l ideal al terapeutului
- este legat de cunoştinţe, puterea de a schimba cursul vieţii, poziţie socială şi sursă de afectivitate
- dacă aşteptările pacientului sunt înşelate apare respingerea, defăimarea
- în situaţia particulară la care ne referim există un mai mare risc al contratransferului negativ, deoarece ne confruntăm frecvent cu pacienţi revendicativi, antipatici, ce ne solicită mult şi pe care îi percepem ca *eşecuri terapeutice*
- mai ales că, de multe ori, aceşti pacienţi vin realmente cu o experienţă negativă legată de sistemul medical, motiv pentru care relaţia trebuie bine definită, evitată competiţia şi oferită simpatia şi înţelegerea, spre a-i face mai "iertători"
- cu toate acestea, orice terapie trebuie să se limiteze la a oferi atâta încurajare cât permite suportul real al bolii

CAPITOLUL 2

„Macrotulburări“ ale începutului de mileniu

Noi suntem cruciaţi fără credinţă,
Un fel de Magellani încrezători
În propria-ne crudă biruinţă,
La care ne-nchinăm ascultători.

Jertfim din vise fără remuşcare,
Lipsiţi de-un minimum sentimental.
Privim sfârşitul nostru ca atare,
Crezând că-i doar o boală-n areal.

Şi viitorul se transformă-n schimnic,
În fiecare moare câte-un prunc.
Eternitatea ne deplânge imnic
Căci totul se rezumă „hic et nunc“.

2.1. Depresia

2.1.1. Principalele trăsături

Termenul de *depresie* desemnează o varietate de condiţii normale şi patologice. El se referă la un registru larg de manifestări afective, de la tristeţea normală la melancolia ca boală severă. Există cel puţin trei accepţiuni diferite ale acestui cuvânt:

a) Dispoziţie afectiv-negativă, omniprezentă, uşoară, trecătoare, ce apare la omul normal ca răspuns la o multitudine de aspecte neplăcute ale existenţei ce trezesc insatisfacţie, nemulţumire, descurajare, decepţie, frustrare. Absenţa trăirilor afectiv-pozitive şi lipsa implicării în relaţiile cu alţii – obiecte sau activităţi – disting dispoziţia depresivă de tristeţea normală sau demoralizare.

b) Un sindrom în cadrul căruia dispoziţia depresivă este însoţită de lentoare psihomotorie sau agitaţie, lipsa de speranţă, preocupări suicidare, autodepreciere, pierderea energiei, tulburări ale somnului şi apetitului, modificări ale greutăţii, libidoului. Această construcţie de manifestări subiective şi obiective poate apărea în diferite boli somatice sau psihice.

c) *O boală în cadrul căreia sindromul devine persistent şi sever.* Depresia ca tulburare se caracterizează printr-o anumită morbiditate, etiopatogenie, evoluţie, prognostic şi răspuns terapeutic.

Efectuând studii transculturale asupra incidenţei şi semnificaţiei depresiei, s-a ajuns la o ierarhizare a simptomelor, astfel încât cele reţinute şi prezentate în continuare conturează cel mai bine *tabloul* acestei stări particulare, cu care, din păcate, ne confruntăm din ce în ce mai frecvent. Sigur că semnificative rămân întotdeauna *intensitatea* şi *durata trăirii* acestei tulburări a afectivităţii, pentru că altfel, la un moment dat al existenţei noastre cotidiene *nefericite,* am putea să ne considerăm cu toţii depresivi. Este de reţinut acest lucru, deoarece în clipele de criză ale unei societăţi, deşi *tendinţa inconştientă la nivel de colectivitate este de a se apăra „supremaţia" speciei,* mulţi indivizi cu potenţial ereditar psihopatogen îşi proiectează motivele bolii pe *contextul nefavorabil al vieţii de astăzi.* Dintr-o perspectivă medicală însă, *„vremurile grele"* şi capacitatea de adaptabilitate a fiecăruia nu sunt decât o modalitate *exterioară,* când, de fapt, *vulnerabilitatea* la traume psihologice este situată în profunzime.

Prezentăm în continuare caracterizarea episodului depresiv, „sintetizată" conform standardelor psihiatrice *„en titre"* (după G. Ionescu, 1998).

TRĂSĂTURI ESENȚIALE:

* *pierderea interesului* – pentru cunoaștere, instrucție, activitatea profesională, divertisment, anularea interesului estetic și erotic;

* *pierderea plăcerii* – sexuale, alimentare, pentru călătorii, discuții, în domeniul artistic, de cunoaștere sau de a vedea lucruri noi;

* *reducerea și superficializarea somnului* – Acesta este unul dintre simptomele considerate clasice, deoarece actualmente s-a constatat că există un anumit procent de pacienți depresivi ce evoluează cu hipersomnie. Reducerea și superficializarea somnului nu trebuie să pună probleme în virtutea cunoștințelor moderne clinice, căci, de cel putin 20 de ani, o serie de autori germani au precizat și au argumentat ameliorări evidente ale stării depresive după o noapte de activism; din păcate, această „revigorare" este trecătoare. Este vorba de reorientările terapeutice – de la „pavloviana somnoterapie", la terapia „prin privare de somn";

reducerea apetitului – nu este un refuz al alimentației sau negativism, acești pacienți mâncând totuși la insistențele interlocutorului. În depresiile *relativ* majore, mai mult situaționale, ce evoluează cu stare de anxietate, se dezvoltă sentimentul insecurității, al nesiguranței și, în mod automat, mai mult sau mai puțin inconștient, ca o tendință de apărare, se recurge la supraalimentare;

pierdere ponderală – se consideră că ar fi expresia unui proces metabolic specific, al unor modificări biologice necunoscute, neelucidate; se reduce nu numai aportul alimentar, dar și consumul de energie, datorită limitării manifestărilor motorii;

bradikinezie sau „lentoare psihomotorie" – limitarea îngrijorătoare a mișcărilor; marii depresivi nu mai ies din casă, nu părăsesc patul; corelat, intervine o tendință suspectă de disimulare: privarea motorie este mascată prin acuze algice a căror localizare (ce poate fi explicată psihologic și psihanalitic) este predilectă la membrele inferioare;

ca o consecință, Kurt Schneider vorbea de reducerea elanului vital, ce face ca *„flacăra vieții insului să ardă la mică amplitudine".* Scade angajarea comportamentală și spirituală, nu mai există inițiativă, expectații, dorințe...;

bradipsihie – răspunsurile vin mai greu, cu un anumit grad de aproximație, scade fluxul ideativ, se reduce creativitatea, capacitatea de reprezentare și imaginația;

sentimentele de incapacitate și inutilitate – cel în cauză simte sau, mai degrabă, are impresia că nu mai are randament, că viața este o povară;

sentimentele de culpabilitate, când subiectul se simte vinovat de nereușitele copiilor, de situația grea din țară, preluând asupra sa *necazurile* societății;

idei de suicid – tradițional, se considera că suicidul este o umbră a depresiei; actualmente ne restructurăm opinia, deoarece ideile și pulsiunile suicidare se întâlnesc mai ales la începutul episodului, când pacientul nu este cufundat în abisul depresiei, când mai are inițiative, mai poate elabora planuri, manifestă temerare tendințe. Uneori, procedează în consecință *(până ieri mergea la serviciu, iar azi prezintă o tentativă*

suicidară); pulsiunea revine după traversarea „crizei" depresive, în alt context motivaţional, când se fac simţite şi alte pulsiuni, când bolnavul este ameliorat, doreşte să fie eliberat din spital, ajunge acasă şi se sinucide.

TRĂSĂTURI ASOCIATE:

- *catharsisul afectiv facial* – clasic, se consideră că „marii depresivi" nu plâng, aceasta fiind o reacţie mai mult sau mai puţin psihică a omului normal;
- *anxietatea* – tradiţional, anxietatea era „postulată" inerentă depresiei; modern, este considerată facultativă, existând depresii ce evoluează în absenţa anxietăţii. Totuşi, survine observaţia terapeutică ce atestă faptul că depresia şi anxietatea au sorginte comună, în sensul că substanţe exclusiv antidepresive determină ameliorări în stările anxioase, reciproca nefiind valabilă;
- *crizele fobice* – ideea având la bază concepţia în virtutea căreia manifestările depresive şi fobice au aceeaşi rădăcină cu anxietatea;
- *idei delirante congruente cu dispoziţia*, cu conţinut provocator de suferinţă (de sărăcie, de prejudiciu...) – acestea se întâlnesc mai ales la depresivii vârstnici; de fapt, nu este vorba numai de un gând cu conţinut tematic sumbru, ci ansamblul ideativ păstrează coloratura negativă;
- *faciesul depresiv* – astăzi este ultimul element menţionat în literatura de specialitate; psihiatria clasică începea cu prezentarea fizionomiei particulare (sprâncenele căzute, privirea stinsă, dezolată, capul plecat, şovăitor, nesigur, temător...). Aceste elemente pot fi prezente uneori, dar nu ne putem permite să punem un diagnostic exclusiv pe înfăţişare, căci fiecare individ are o fizionomie particulară, un habitus ce nu concordă mereu cu starea psihopatologică.

O creştere progresivă a intensităţii şi duratei marchează trecerea de la dispoziţia normală la condiţia de boală. Stările depresive patologice se disting prin profunzime, persistenţă, severitate, afectarea funcţionării psihice şi sociale. Persoana normală are un control mai mult sau mai puţin bun asupra dispoziţiei şi altor trăiri. Tulburarea afectivă implică o pierdere a sentimentului controlului asupra propriilor emoţii şi o experienţă subiectivă foarte neplăcută.

Psihologia şi psihopatologia dezvoltării afirmă existenţa unei continuităţi între tristeţea normală şi tulburarea depresivă severă. În schimb, cercetările psihiatrice orientate către specificarea criteriilor de definire a pacientului cu tulburare depresivă subliniază discontinuitatea dintre dispoziţia depresivă şi condiţia patologică. Ea reprezintă o modalitate de răspuns psihobiologic, care face parte din repertoriul comportamental înnăscut al organismului uman. Menţinerea lui de-a lungul evoluţiei speciei, în ciuda deficitelor performanţiale pe care le implică, denotă faptul că el îndeplineşte anumite funcţii. Strămoşii ce au avut capacitatea de a deveni depresivi au supravieţuit, în dauna celor ce nu au prezentat acest tip atitudinal particular! De pe poziţii evolutiv-adaptative s-a formulat ipoteza că starea depresivă este legată de competiţia socială, reprezentând o strategie inconştientă de renunţare, ce îi permitea individului să accepte înfrângerea în ciocnirile rituale dintre adversari şi să se adapteze la o situaţie care altfel ar fi însemnat un rang inferior. Se consideră că omul dispune de un mecanism care îi permite să facă faţă competiţiilor pierdute prin depresie – ca o strategie de abandon, de supunere şi adaptare la conflictul produs de insucces.

2.1.2. Corelatele psiho-sociale ale fenomenului depresiv

Depresia constituie o marcată problemă de sănătate publică, nu numai prin frecvenţa ei, ci şi prin suferinţa pe care o implică, incapacitatea asociată şi potenţialul autolitic. Mortalitatea prin suicid este mult mai mare la depresivi, ajungând până la 15% la pacienţii spitalizaţi. Tulburarea depresivă „loveşte" adesea persoanele adulte în perioada maximei lor productivităţi, atunci când se confruntă cu responsabilităţi majore în plan conjugal şi social. Suferinţa este în primul rând a bolnavului, dar ea se răsfrânge şi asupra celor din jur şi a comunităţii. Comunicarea interpersonală este afectată, participarea la viaţa de cuplu este perturbată, îndatoririle sunt neglijate, climatul familial se deteriorează. Dificultăţile financiare ce pot apărea ca urmare a incapacităţii de muncă, mai mult sau mai puţin îndelungate, ridică probleme şi pentru ceilalţi. Necesitatea îngrijirii bolnavului depresiv amplifică solicitările cărora trebuie să le facă faţă membrii casei. Apar disfuncţii în exercitarea rolului de părinte, fapt ce influenţează comportamentul actual şi viitor al copilului.

Depresia impune unei naţiuni şi costuri economice importante; este vorba de resursele medicale utilizate pentru îngrijire, tratament şi recuperare, de reducerea productivităţii ca urmare a faptului că persoanele nu mai sunt capabile să-şi îndeplinească în mod adecvat activităţile obişnuite, de costurile mortalităţii premature prin suicid, de valoarea serviciilor de asistenţă acordate la domiciliu etc. Având în vedere această „povară" pe care depresia o reprezintă pentru resursele unei societăţi, este de subliniat importanţa dezvoltării cercetărilor consacrate problemei. În SUA s-a estimat că tulburările afective reprezintă 21% din costurile aferente tuturor bolilor mintale, valoarea ridicându-se la 20,8 bilioane de dolari în 1995 şi la 30,4 bilioane de dolari în 2000.

Tristeţea este un răspuns normal al fiinţei umane la o situaţie neplăcută, ce provoacă insatisfacţie. Ea are o valoare pozitivă, motivând persoana să înlăture efectele evenimentelor neplăcute. Soluţionarea situaţiei generatoare este însoţită de dispariţia tristeţii. Arietti afirmă că persoana normală este în stare să „metabolizeze" tristeţea, în timp ce pacientul depresiv nu mai reuşeşte în această încercare. Depresia patologică presupune un alt mod de resimţire a tristeţii, starea afectivă negativă fiind însoţită de convingerea că ea se va menţine la nesfârşit. Bolnavul simte că nu mai poate face nimic pentru a-şi ameliora existenţa şi nu întrevede modalităţi de recâştigare a sentimentului propriei valori. Imaginea de sine şi despre viitor se modifică. Măsura în care depresivul recunoaşte aceste transformări şi se simte în stare să le facă faţă permite diferenţierea depresiei uşoare de cea severă.

În ultimul sfert de veac se remarcă o amplificare a eforturilor orientate către descrierea fenomenologiei depresive şi a factorilor ei cauzali.

Eterogenitatea formelor clinice ale depresiei a făcut ca elaborarea unei teorii cauzale unitare să fie dificilă. Multă vreme analiza „motivelor" a fost orientată explicit sau implicit de existenţa a două mari categorii de depresii: unele – predominant biologice şi altele – cu un determinism prin excelenţă psihologic. Realitatea clinică oferă însă numeroase exemple de întrepătrundere, de interacţiune, ceea ce ne face să acceptăm astăzi ideea unei etiologii multifactoriale a bolilor psihice – în general.

DEPRESIE

sfera socialului
- nevoie reprimată de suport social
- izolare
- refugiu în singurătate
- resimțirea accentuată a restricțiilor
- demisionari
- blocaj *existențial*

cognitivul
* creșterea perioadei de latență
* frustră reducție performanțială
* suprasolicitare
* contact psihic deficitar

motivaționalul
* apatoabulie
* fenomene demisive
* autolimitare
* defensivitate
* blocaj în fața ambiguității
* *lipsa inițiativei*
* neîncredere

volitivul
* efort de autorefulare
* scăderea toleranței la frustrare
* lipsa inițiativei
* inconsecvență

labilitatea emoțională
> lamentativitate
> insecuritate
> adezivitate la psihotraume
> nevoie de tandrețe
> impresionabilitate
> evaziune în boală
> regresie afectiv-comportamentală

sfera pulsională
– reprimare a vieții *instinctual-afective*
– introversie
– sentimente autodistructive
– hipercenzurare
– dependența de medicamente

asp. Som. reale
ipocondria
* disconfort cenestezic
* insomnie
* hiperbolizarea bolii
* elemente funcționale

aspectele fizice
- tremor al vocii
- inactivism
- epuizare
- privire evitantă
- intoleranță la zgomote

anxietatea
* tensionare
* senzație de „vid interior"
* autoculpabilitate
* trăire anxioasă a așteptării

perceperea timpului
> refugiu în trecut
> frica în fața noului

senzitivism obsesionalitate
> probleme de identificare
> ticuri, grimase
> justificare de sine nerealistă
> susceptibilitate
> tristețe
> sentimente de inutilitate
> autorepliere
> preocupări tanatofile
> pesimism
> atitudini problematizante

rolul psihogeniei
>> permeabilitate față de inducții iatrogene
>> restricții
>> frustrări
>> context afectiv familial și social

2.1.3. Depresia – de la „compartimentarea" psihiatrică la profilul complex regăsit în real

Profilul de personalitate al depresivului se află la intersecția acestor două categorii de date, trebuind să respecte exigențele folosirii termenilor psihiatrici anterior descriși, dar și să surprindă impactul stresului și al economico-socialului în ansamblu asupra vulnerabilității individului, considerat din perspectivă medico-bio-psiho-socială.

Din punct de vedere istoric, depresia este prima tulburare psihogenă recunoscută și identificată ca entitate distinctă. Cu toate că analizele teoretice și experimentale ale fenomenului duc dincolo de Hipocrate – la nivelul actual, ea rămâne una dintre cele mai confuze probleme cu care medicii, psihiatrii și psihologii clinicieni se confruntă.

Factorii etiologici în depresia non-reactivă sunt puțin cunoscuți. Multe depresii se dezvoltă de-a lungul unei perioade de luni și este adesea dificil, dacă nu imposibil, să identificăm factorii precipitanți din ambianța individului. Multe dintre simptomele fizice și emoționale prezentate sunt identice cu acelea în care anxietatea – nu depresia – este primară. Adițional faptului că originea depresiei este învăluită în mister, tratamentul generează confuzii suplimentare.

Este unanim recunoscut rolul factorilor socio-familiali în îmbolnăvire sau vindecare, motiv pentru care actul medical, în esența sa, trebuie privit din această perspectivă. Trebuie să renunțăm la preocupările pentru faptul clinic, medical în sine și să ne îndreptăm atenția asupra individului, încercând să facem și un **diagnostic personologic, nu doar nosologic** (vezi schema de la pag. 75).

2.2. Suicidul

2.2.1. De la perspectiva filozofică și literară la cea medicală

Fenomen dramatic dintotdeauna – la toate popoarele și civilizațiile – **suicidul** a atras atenția din cele mai vechi timpuri prin caracterul său incomprehensibil. Istoria vorbea de adevărate „epidemii" – perioade cu înalte incidențe – ce pot fi corelate cu fenomene sociale deosebite (apariția unei cărți ca „Suferințele tânărului Werther", moartea lui Marilyn Monroe, răspândirea unei anumite doctrine religioase, eventual filozofice – precum cele sintoiste și buddhiste ce apoteozau gestul, al doilea război mondial ce aduce în prim-plan acei „voluntari"). Actualmente, fenomenul este „la modă" – servind drept comentariu jurnaliștilor care, fără a fi psihiatri, psihologi, sociologi sau filozofi „umplu" ziarele cu problematica în cauză, încercând să acrediteze ideea că *„omul nu mai poate suporta viața asta mizeră"* și *„lumea se omoară"*. Dincolo de prezentarea mass-media, centrală rămâne teza prin care **suicidul este, în primul rând, un act cu implicații medicale.**

Pot fi făcute diferenţieri transculturale şi transmeridionale. Adepţii anumitor religii recurg cu mai multă uşurinţă la suicid, tot aşa cum, din punct de vedere geografic, răspândirea scade dinspre Orient spre Occident şi dinspre nord spre sud. Poate nu numai catolicismul, dar şi **o anumită structură psihică** a membrilor ce alcătuiesc o naţie ar fi în măsură să favorizeze oarecum actul suicidar. Dimensiunea socială capătă importanţă, deoarece rangul în ordinea cauzelor de deces ocupă un loc important în principalele ţări ale lumii – cu aproximaţie la poziţiile patru, cinci sau şase, oricum, cert înaintea numărului opt.

Instanţele sau manifestările fenomenului suicidar (după G. Ionescu, 1998)

1. **Ideea de suicid** nu aparţine neapărat patologiei. Orice om, cel puţin în anumite momente ale existenţei, a cochetat cu acest gând, situaţie în care el este *o vagă eventualitate*, în mod excepţional putând deveni *o convingere*.

2. **Şantajul cu suicidul** este regăsit mai ales la adolescenţi, dar şi la celălalt versant descendent al vieţii *(„copiii nu mă mai ascultă, or să vadă ei cine le va mai purta de grijă!")*. Poate fi înscris pe un diapazon – de la extrema în care îl întâlnim **ferm invocat** *(„mă omor, dacă nu mă laşi să mă căsătoresc")* şi până la a fi **discret amintit, insinuat** (mai de temut!). Deşi sesizăm certa nuanţă de demonstrativitate, trebuie să avem grijă, deoarece individul în cauză poate încerca, fără să dorească, reuşind din greşeală!

3. **Tentativa de suicid** prezintă grade variabile de autenticitate având la un pol nota de vehemenţă, iar la celălalt, simpla exteriorizare a victimizării. În linii foarte generale, actul suicidar ratat este „o faţă a lui Janus", un strigăt de disperare, de ajutor, un avertisment că *suferinţa devine de nesuportat* – pe de-o parte, o mână întinsă către viaţă, pe de alta – o tragică renunţare. Ne-am obişnuit cu statisticile ce estimează ca fiind de zece ori mai frecvente la femeile tinere, în timp ce la cele adulte raportul este numai de trei ori mai mare. **Cu cât se avansează în vârstă, incidenţa tentativelor suicidare se reduce, înregistrându-se creşterea actelor suicidare reuşite**. Aproximativ 30% din tentative (mai ales la sexul „slab") sunt precedate de situaţii frustrante, psihotraumatizante, conflictuale. **Tentativele se desfăşoară mai ales în a doua parte a zilei, spre deosebire de actele suicidare realizate, a căror proporţie predomină matinal.** În faţa oricărei tentative, oricât de clar îi sesizăm caracterul simulant – atât familia, cât şi autorităţile competente trebuie să acorde întreaga atenţie şi seriozitate, ca în faţa unui *joc pe muchie de cuţit*.

4. **Suicidul travestit** – orice asemenea gest impregnează cu o grea povară pe cei lăsaţi în urmă, „aruncându-i" într-o neagră culpabilitate. La anumite personalităţi cu structuri particulare (în general oameni hotărâţi şi cu o reală perseverenţă a voinţei), întâlnim „construirea" unui accident – improvizat spre a-i elibera de vină pe cei apropiaţi *(„apăs pe acceleraţie şi se va crede că am pierdut controlul volanului")*. Ceea ce îndeamnă la nota disimulării este inclusiv sustragerea de la oprobriul grupului social.

5. **Parasuicidul** sau suicidul cronic constă în **sfidarea eventualităţii morţii**. Exemplificările pot fi multiple – de la negarea unei intervenţii chirurgicale absolut necesare la refuzul regimului alimentar în boli severe, până la ignorarea tratamentului de către un toxicoman şi chiar la atracţia spre cascadorie sau bravadă de tip „săritura cu coarda elastică".

6. **Raptusul suicidar** – atunci când suicidul este parcă determinat, „împins" de o pulsiune violentă și irezistibilă, încât individul nu-și „pregătește" sfârșitul, ci recurge la primul mijloc avut la îndemână, iar după trecerea acestei forțe nebănuite, în cazul eșecului tentativei, rămâne un paroxistic semn de întrebare asupra **sursei** acestei „dorințe".

7. **Conduita suicidară** – întâlnită la vârstnicii cu boli somatice cronice, asociate cu stări depresive, ce își achită datoriile, își vizitează rudele, își rescriu testamentul, făcând în permanență apel la deziluzionantul *nimic nu mai are rost*.

Psihosociologia suicidului

Supozițiile etiologice aduse în discuție de Durckheim au fost certamente acreditate.

1. **Factorii economici** – în care ar intra perioadele de șomaj, faliment sau criză financiară, favorizează apariția suicidului; dar aportul studiilor populaționale a relevat că **nu *sărăcia* ar fi factorul favorizant, ci *sărăcirea*** (pierderea bruscă a statutului).

2. **Factorii sociologici** – tendința la marginalizare din grupul profesional sau social crește anxietatea cronică susceptibilă de a favoriza gestul. Un argument în plus ar fi faptul că în momente grave ale umanității (perioade de război, foamete, secetă) coeziunea membrilor se accentuează, îndepărtând ideea și preocupările suicidare. Din punct de vedere psihologic, situațiile excepționale sunt de natură să stingă micile conflicte individuale ale fiecăruia, făcând din drame personale evenimente absolut nesemnificative.

3. **Statutul marital** – statisticile reliefează o scădere a incidenței suicidului de la necăsătoriți la divorțați, căsătoriți fără copii și până la familiile „închegate". Scala devine absolut validă ținând cont de faptul că în aceeași ordine întâlnim creșterea coeficientului de normalitate (cei ce aparțin psihopatologiei au mai mari șanse decât normalii de a rămâne necăsătoriți).

4. **Sexul** – **suicidul este un mod de reacție masculin, în timp ce tentativa suicidară este caracteristică structurii feminine** (similar aforismului *„femeile suferă de inimă, în timp ce bărbații mor de infarct")*.

5. **Statutul profesional** – suicidul se întâlnește mai ales în rândul celor fără profesie (acesta fiind și subgrupul populațional cu cel mai mic coeficient de normalitate). Ca un paradox, apare constatarea numărului dublu al medicilor ce se sinucid comparativ cu restul populației. Dintre specialități, cei mai „expuși" sunt chirurgii (în concordanță cu pierderea fricii de moarte prin permanenta trăire în „vecinătatea" acesteia), în timp ce mai „protejați" sunt pediatrii.

6. **Alcoolul** – frecvent incriminat în psihologia suicidului, mai ales de către specialiștii în medicina judiciară, este astăzi considerat un factor fals. Concentrația detectată la analize reprezintă mai degrabă doza de „curaj" necesară reușitei. Pe de altă parte, mulți alcoolici sunt depresivi, iar **suicidul este consecința în primul rând a depresiei și abia apoi a alcoolismului.**

7. **Factorii de habitat** – rata suicidului este mai înaltă la oraș decât în mediul rural și crește proporțional cu aglomerarea urbană. Una din explicații ar putea fi regăsită în faptul că marile metropole constituie miraje ale posibilelor realizări, fiind centre de atracție mai ales pentru cei ce ating anumite cote psihopatologice. Schimbările de mediu, precum și efortul necesar adaptării la stresul cotidian amplifică potențialul bolnav.

8. **Factorii somatici** – afecţiunile severe invalidante, mutilante sunt de natură să determine suicidul – această consideraţie tradiţională este un fapt de bun simţ, dar nu aderă la un principiu ştiinţific. Este validă din punct de vedere al logicii formale, nu şi din cel al vieţii concrete.

9. **Ereditatea** – nu suicidul în sine prezintă caracter transgenetic, ci bolile psihice - ca premisă a suicidului!

În ceea ce priveşte instanţele ***fenomenului***, ele înglobează de la simpla idee la tentativa propriu-zisă. Acesta este şi motivul pentru care în orice investigaţie psihologică trebuie luată în consideraţie şi simpla declaraţie a pacientului, chiar în lipsa unor documente obiective. Analiza mijloacelor de realizare a tentativelor oferă informaţii asupra veridicităţii actului în sine, acesta întinzându-se pe o scală de la ameninţarea demonstrativă la o autentică resemnare şi renunţare (situaţie în care gestul a eşuat doar datorită şansei).

2.2.2. Motivaţia conduitei de sacrificiu

„Omul este măsura tuturor lucrurilor“ – iată axioma filozofică pe care se întemeiază întreaga noastră existenţă, în care centrală rămâne ideea **perfectabilităţii** comportamentale sub amprenta a ceea ce umanitatea însăşi a creat şi a denumit **civilizaţie.** *Politeţea, moralitatea, soliditatea principiilor valorice, onestitatea văzută în sens etic, social, politic şi juridic* ne situează pe poziţia de **homo civitas** – produs al educaţiei prin sine, cât şi prin relaţii interpersonale.

Este interesant de urmărit cum în această lume a rafinamentului, conştiinţa superioară scoate la iveală dimensiuni ascunse, nebănuite, profund modificate ale **instinctului de conservare**. Umanitatea a trecut în cursul evoluţiei sale prin momente de intensitate dramatică, clipe ce au pus în pericol nu numai supravieţuirea fiinţei ca individualitate, ci însăşi continuitatea speciei, prin chiar propria noastră exacerbare a instinctului autodistructiv. Şi parcă atunci, mai mult ca oricând, omul ieşea victorios din înfruntarea cu destinul, ajungând să preţuiască la cel mai înalt nivel posibil **viaţa însăşi**.

Privindu-ne existenţa din perspectivă materială, spirituală sau social-organizată, încercăm să interpretăm **actul suicidar** în societatea contemporană, deoarece *comportamentul civilizat* ne modifică inclusiv percepţia – pragmatică sau filozofică – asupra morţii. După cum am prezentat anterior, în decursul timpului s-au emis multiple teorii sociale menite să explice acest gest incomprehensibil, conform cărora evenimentele traumatizante ale lumii în care trăim creează o durere sufletească de nestăpânit, prin prisma căreia viaţa ar deveni de nesuportat. Pe de altă parte, în perioadele încărcate de războaie, cutremure sau alte calamităţi naturale se înregistrează cel mai scăzut număr al sinucigaşilor. Şi atunci ajungem cu interpretările la celălalt pol, şi anume pe tărâmul psihiatriei, când considerăm tentativa reuşită ca apanajul unei boli mentale.

Rămân însă acte situate undeva la mijloc, între înţelegerea simţului comun şi anormalitate, acele conduite individuale ce ar purta numele generic de **echivalenţe suicidare.** Aici ar intra comportamentele de tipul sacrificiului cu nuanţe demonstrative, atracţia inconştientă şi expunerea la situaţii periculoase, la accidente care printr-o doză uşor mărită de prudenţă ar fi putut fi evitate. Toate îşi au sediul în rezervorul *inconştient*

al psihismului, transpunerea lor în comportamente corespunzătoare nefiind altceva decât „triumful" instinctualității asupra ființării, spre deosebire de situații autentic justificate de drama existenței individuale (dureri insuportabile date de o boală incurabilă, disperarea provocată de pierderea unui copil) – în care suicidul este realizat în deplinătatea funcțiilor conștiinței și dorinței de autodistrugere. Pe de altă parte, chiar și în aceste situații extreme, există oameni care în urma unei tentative eșuate ajung să se cunoască, să se înțeleagă mai bine, reușind să depășească momentul dificil, chiar cu amplificarea dorinței și speranței de supraviețuire. Este acea rezolvare *fericită* pentru finalul unor maladii incurabile, în care îngrijirile paliative sunt încununate de spulberarea depresiei și trăirea cu demnitate a ultimelor zile. Din perspectivă metapsihologică, actul suicidar reprezintă, în majoritatea cazurilor, o consecință a lipsei de adaptare și echilibrare a individului la diverite niveluri impuse de condițiile și exigențele lumii exterioare.

Echivalențele suicidare pot fi puse în legătură directă cu trebuința inconștientă de pedeapsă, cu nevoia de suferință, căci ideea sacrificiului pentru celălalt este strâns unită cu o agresivitate mascată, deoarece complexul sadism – masochism este indisolubil. Ne-am putea opri la un exemplu simplu, frecvent întâlnit în multe cupluri în care unul dintre soți (de cele mai multe ori femeia) afișează forme minore ale comportamentului de sacrificiu. Aici ar putea intra lipsa preocupărilor pentru propriul confort fizic și psihic, nerespectarea indicațiilor medicale sub explicații de tipul *„lasă, eu nu am nevoie, îngrijește-te tu, cum să cheltuim atâția bani pentru medicamentele mele!"*, expunerea cu bună-știință la acțiuni ce pot primejdui sănătatea (chiar și banalele situații de a umbla îmbrăcat necorespunzător, mai mult sau mai puțin ostentativ, cu haine rupte, de a efectua treburile casnice într-un mediu de umezeală, frig sau toxic fără protecția corespunzătoare), toate acestea dublate de acea conduită de (auto!)victimizare de tipul *„lasă-mă pe mine, eu nu sunt important, ai grijă de tine!"* Mai periculos este atunci când demonstrativitatea este afișată inclusiv în fața copiilor, aceștia trăind ulterior atât cu „povara" nefericirii părintelui ce și-a sacrificat bucuriile, cât și cu un greșit model de rol ce poate fi perpetuat cu ușurință.

Aceste sacrificii vor fi mai târziu în viață aspru „plătite" de celălalt, deoarece spre bătrânețe vor apărea cu siguranță efectele suprasolicitării fizice sau psihice din anii tinereții. Atunci, demostrativitatea și victimizarea capătă dimensiunea reproșului, a acelui obsedant *„m-am distrus **pentru tine**"*, ca și cum a venit acum momentul răsplatei, cerută sub forma unei afectivități deformate – *„îngrijește-mă, uite-te cum am ajuns, fiindcă în tinerețe îți dădeam tot ce era mai bun!"*. De-abia acum se observă adevăratele tendințe agresive ale celei în cauză, impulsionate spre manifestare de însuși comportamentul de dăruire afișat în toți anii precedenți. Privind astfel, a acorda atenție Eu-lui, acel *„a te îngriji pe tine spre a nu deveni o povară celor dragi"* nu exprimă nici pe departe egoismul, ci este o atitudine înțeleaptă, deoarece iubirea pentru soț și copii începe de la **respectul de sine**.

2.3. Criza sexualității

Complexitatea comportamentului sexual uman nu ne permite să-i analizăm succint toate dimensiunile și nici să-i elucidăm integral problemele. Un aspect frecvent uitat sau, mai bine-zis, trecut cu vederea, dar care trebuie totuși amintit datorită gravității sale, este acela al unor tulburări de dinamică sexuală instalate la nivel macro-

social, mai exact o perturbare a comportamentului sexual la nivelul speciei umane. Această perturbare influenţează profund atitudinile general umane în cadrul biosociotipului, datorită corelatelor sale multiple psihologice şi psihosociale.

În societatea contemporană sexualitatea a fost ruptă din contextul său firesc şi cultural normal şi deformată prin exagerare, supralicitare şi suprasolicitare. Parcă am citi peste tot şi pare să ni se spună din toate părţile: *„Faceţi sex! Cât mai mult sex!"*. În economia de piaţă sexul devine un produs de consum. Sfârşitul secolului XX a lăsat să se dezvolte o puternică industrie „sexy" ce aduce imense profituri financiare. Rafinamentul civilizaţiei actuale permite *„sex prin telefon", „sex pe calculator"*... care lasă cu mult în urmă banalitatea caselor de toleranţă de altădată!

Presa din toate ţările pune la dispoziţia „onoratului" public o gamă largă de broşuri, publicaţii, în paginile cărora „tronează" femei şi masculi „feroce" în poziţii obscene; aceştia devin „modele" pentru tinerii vulnerabili, lipsiţi de cultură. Adolescenţii îşi tapetează pereţii camerelor cu poze sexy dintre cele mai şocante, masturbându-se cu ochi lacomi zgâiţi la ele – îmbrăcăminte provocatoare, comportament şi limbaj agresiv, în care termenii şi expresiile de argou cu conţinut sexologic alcătuiesc, de altfel, întregul mesaj, lipsit de orice altă idee. Informaţia sexuală pare predominantă în raport cu orice alt tip de informaţie – culturală, ştiinţifică, politică sau economică.

Drept o compensaţie a dominaţiei androcratice s-a creat şi „nobila" profesie de „gigolo". Au apărut casele de toleranţă populate cu superbe exemplare masculine, locuri în care femeia să se poată lăsa pradă instinctelor sexuale, eliberată de constrângeri şi norme morale.

Ea simte acum nevoia acută, imperioasă şi obsesivă de PUTERE. Preia iniţiativa şi funcţia de şef, altădată atribute strict masculine, mergând uneori până la hărţuire şi agresare sexuală. Este tot ce a învăţat mai bun de la bărbat în atâtea secole de dominare: să violeze, să şantajeze sau să-şi impună forţa. Infidelitatea şi brutalitatea bărbatului au învăţat-o că nu trebuie să pună prea mult preţ pe rolul protector şi ocrotitor al acestuia în intimitate. „Protestul viril", de care vorbea Adler, atinge acum forme monstruoase. Culmea înjosirii şi umilirii bărbatului este tocmai refuzul de a-i mai acorda rolul în familie. Îşi face tot mai mult simţită prezenţa în societate familia monoparentală, alcătuită de cele mai multe ori din mamă şi copii. Şi pentru că întotdeauna există loc de „mai rău", bărbatul a fost redus la „simplu producător de spermă". Întrucât pot exista penisuri artificiale, bănci de spermă, fertilizare *in vitro* şi copii în eprubetă, bărbatul devine astfel primul „obiect" din casă la care se poate renunţa...

Este adevărat că abundenţa produselor sexuale îi oferă tânărului multe posibilităţi de selecţie, dar nu şi criteriile cele mai indicate pentru a-l învăţa să distingă clar între BINE şi RĂU. Pe de altă parte, ea are un caracter nociv deoarece provoacă, încurajează şi tinde să permantizeze o excitare indirectă (prin reprezentări mentale, imagini video şi audio) împiedicând excitarea normală prin relaţia fizică şi psihică directă cu o parteneră. Din alt punct de vedere, ea înăbuşă personalitatea şi împiedică individul să se manifeste în limitele propriei sale iniţiative.

O altă posibilă cauză de instalare a tulburărilor sexual-afective la tinerii adolescenţi, comună şi neconştientizată, este travestismul, văzut aici şi acum doar ca o modă care şterge diferenţele vestimentare consacrate prin tradiţie între băiat şi fată. Îmbrăcaţi, încălţaţi şi pieptănaţi identic şi, mai ales, comportându-se la fel în gesturi şi limbaj, fetele şi băieţii trec pe rând dintr-un sex în altul, favorizând inclusiv instalarea perver-

siunilor sexuale, deoarece la un moment dat – în context subcultural – devine indiferent dacă ceea ce ţii în braţe este băiat sau fată. Căutând să semene cât mai mult cu sex-simbolurile revistelor de profil, fiecare tânăr se visează „masculul feroce" sau „femeia fatală", ceea ce poate provoca o dramă emoţională prin totala lipsă de concordanţă cu „modelul".

Nu ne putem permite detalierea relaţiei dintre sexualitate şi agresivitate cu diferenţieri şi gradaţii la nivel de specie şi de individ. Exacerbarea monstruoasă a funcţiei sexuale şi a sexualităţii nu este decât o latură a conduitei umane globale, fiind în acelaşi timp cauză şi efect al unei acţiuni necontrolate a impulsului agresiv. Orice act sexual este în esenţa lui un act agresiv: agresiunea masculului asupra femelei, încălcarea teritoriului ei intim, adâncul fiinţei. Comportamentul sexual are două atribute principale: agresivitatea şi tandreţea – între care trebuie să existe un echilibru. La nivel individual, „agresiunea" este mai mult simbolică şi metafizică, în timp ce la nivelul speciei, exagerarea agresivităţii sexuale este în directă corelaţie cu creşterea instinctului de supravieţuire.

În noul context creat de CRIZA SEXUALITĂŢII, teoria psihanalitică a libidoului şi a sublimării capătă noi valenţe. Un act sexual nu este în afara trinităţii Bine – Frumos – Adevăr; el este înnobilat cu valori etice, estetice şi juridice, iar deformarea funcţiei sexuale îi răpeşte toate marile şi frumoasele lui valori, însingurează individul, determinând instalarea – uneori ireversibilă – a impotenţei şi frigidităţii.

Într-o cameră goală, cu postere, telefon şi calculator, după plăcerea obţinută pe aceste căi, individul se va trezi tot mai singur şi mai golit sufleteşte, mai incapabil să iubească pe cineva şi urându-se tot mai mult pe sine. Alienarea în societatea contemporană superindividualizată şi supercivilizată se accentuează prin deformarea personalităţii sexuale, ceea ce va duce inevitabil la disabilităţi în sfera productivă şi practică, la perturbări în relaţiile interpersonale, în comunicarea şi receptarea mesajelor spirituale, criza sexualităţii devenind o dramă a speciei umane.

Oferindu-i-se informaţii şi produse predominant sexuale, precum şi libertatea de a-şi folosi creierul în tensionări şi detensionări de acest gen, individul nu va mai consacra suficient timp, spaţiu afectiv, interes şi energie spirituală asimilării marilor valori ale culturii şi civilizaţiei, ceea ce va antrena degradarea sa intelectuală.

Conform principiului *extremele se ating*, cele mai înalte cuceriri ale umanului (informatizarea, computerizarea) sunt folosite pentru întreţinerea instinctului sexual, latura primară a carnalităţii sale. Criza sexualităţii este monstruoasă pentru că „animalizeează" individul şi atacă umanitatea în trăsătura ei fundamentală, de unică specie care produce şi asimilează bunuri materiale şi spirituale.

Pe tărâmul sexualităţii, încărcat de mister şi putere magică, trebuie să călcăm împreună cu respect şi demnitate, BĂRBAT şi FEMEIE, jumătăţile aceluiaşi trup şi suflet, în căutarea izvorului sacru al iubirii de om şi de viaţă.

2.4. Perspectivă psihologică asupra *homosexualităţii*

Dintre tulburările comportamentului intim, **homosexualitatea** este cea mai discutată, plecând de la implicaţiile sale sociale. Permiţând veritabile împliniri *amoroase* (ştiut fiind faptul că forţa emoţională implicată într-o relaţie patologică este

întotdeauna mai mare decât cea dintr-o legătură firească – *fie din cauza conștientizării interzisului, fie din drama că un partener pierdut este greu înlocuibil*), acest tip de disfuncție nu diferă de impulsul firesc decât prin sexul obiectului, fiind mult literaturizată, inclusiv în opere de valoare (André Gide). În anumite epoci și, chiar și astăzi – în anumite medii, nu numai exotice, ci și europene – acest *viciu* „tronează", cerând drepturi legale – de a fi considerat *o viață onestă, de familie* și chiar *de a înfia și educa unul sau mai mulți copii.*

Homosexualitatea este legată de intersexualitate numai într-un număr redus de cazuri, majoritatea fiind indivizi normali din punct de vedere anatomo-constituțional. Cei „pasivi" (cum sunt denumiți în limbaj laic) se trădează mai ușor prin plasticitate corporală, accesorii vestimentare specifice, gesturi sau chiar o ușoară efeminare, care fie *a favorizat*, fie *e consecința* alegerii particulare a obiectului erotic.

În contextul actual, în care conceptul de „libertate interioară" își exacerbează sensul spre o eliberare de reguli, de norme morale și etice, acel *„a te simți împlinit"* își relativizează sensul. Când justificarea pentru orice o căutăm în abisurile inconștiente, încercăm cu imparțialitate să înțelegem motivele psihologice ce induc amploarea fenomenului, cu **argumente *pro*** în virtutea cărora țările occidentale încearcă să-i integreze ca oameni, explicațiile autentice fiind circumscrise necognoscibilului, acelei sfere ce sfidează orice explicație rațională.

Fericirea și automulțumirea în *cuplu* pot corela pozitiv cu remarcarea lor profesională și trebuie să ne ferim de la a face o confuzie a criteriilor valorice aplicate unei persoane, mai ales că sunt citați în istorie astfel de indivizi cu ale căror realizări în artă sau știință umanitatea se poate mândri, fără a lua în considerație înclinația lor biologică, de care nu pot fi întru totul responsabili. Este vorba de tulburări psiho-neuro-endocrine *(lipsa momentului de impregnare a scoarței cerebrale cu substanța „M" în perioada intrauterină)*, motiv pentru care ceilalți ar trebui să le ofere **acceptarea**, în sensul **renunțării la condamnarea** pentru ceva ce are, în ultimă instanță, o bază organică. Gândind din perspectiva planului sufletesc, alegerea lor reprezintă *o investire afectivă* „de invidiat" din prisma cuantumului excesiv de tandrețe mutuală bilaterală.

O ipoteză macrosocială postulează faptul că legalizarea ar duce la detensionare psihică și deculpabilizare, ce ar atrage după sine scăderea actelor infracționale adiacente „încărcăturii" emoționale dictate de sentimentul vinovăției (aici putând intra și renunțarea la misoginism). Sintagmele de „luptă" ale celor în cauză sunt inspirate din „Drepturile Omului" *(libertatea de opțiune sexuală)* sau aduc în discuție „atestarea" homosexualității încă din Antichitate pornind de la accepțiunea diferită a **normalului** și a **normalității**.

Această pulsiune, atunci când este regăsită în rândul femeilor, îmbracă forme ale *protestului viril*, când lesbianismul este justificat în terminologie de argou prin expresii de genul *„o femeie știe mai bine ce-i place unei alte femei"*. Dincolo de a fi o cauză, acest exemplu este mai degrabă un argument explicativ, ce are ca fond necunoașterea suficientă, mai ales la vârste tinere, a ceea ce numim *exercitarea corectă și completă a rolului sexual.* Ideea devine importantă, deoarece la origine descoperim o *tulburare a dinamicii sexuale* corelată cu *o fragilă și incompletă comunicare* ce-și găsește rezolvarea defectuoasă în acest tip bizar de iubire.

Argumentele contra țin întotdeauna de protejarea ariei majoritare, având în vedere funcționalitatea universală a legilor *imitației, curiozității* și *seducției*, mai ales că personalitățile asupra cărora aceste perturbări s-ar putea răsfrânge (și aici ne gândim

în primul rând la educația tinerilor în formare) sunt cele mai fragile și receptive la *conduite aberante*. Să nu uităm că acest ***pericol*** constituie o reală ofensă în direcția revigorării familiei, văzută ca filon asupra căruia se deplasează accentul terapeutic. Pe de altă parte, nici potențialul de recuperare al celor deja *„pervertiți"* (dacă ne transpunem în domeniul behaviorismului și acceptăm că ar fi vorba de un simplu reflex condiționat implicat în atracția sexuală) nu ar mai putea fi valorizat, din moment ce un anumit eșantion al comunității îi tolerează.

Scăderea presiunii sociale o dată cu acceptarea este *iluzorie*, în realitate neîntâmplându-se altceva decât *creșterea* disonanței afective, mai ales că această categorie se suprapune, chiar dacă nu în totalitate, dar într-o considerabilă măsură, peste toxicomani, alcoolici sau agresivi și, poate, ar atrage după sine dorința legalizării și altor perversiuni sexuale. Cu atât mai mult cu cât este greu de evaluat procentul celor cu tulburări psihice! Nu putem ști cât e ereditar și cât e dobândit, cât e impulsiv și cât e compulsiv. Acceptarea homosexualității stârnește tulburări în asumarea rolurilor familiale, prin transmiterea unui pattern emoțional și cognitiv disfuncțional.

Trebuie să sesizăm diferența deloc neglijabilă dintre **a te ocupa de ei** și ***a-i lăsa să se constituie într-o „minoritate"***. Toate societățile cred **într-o religie** și **o morală**, fără de care progresul devine superfluu, ori pentru acești oameni *aparte* se modifică percepția Divinității. Conform unui echilibru al „polurilor", în inconștientul acestora există, alături de fixațiile ce au determinat îndreptarea dragostei către același sex, acea parte a personalității care constituie cel mai fidel traductor al interdicțiilor, zona ascunsă, dominată de aureola părintescului *„nu e bine"*, rezultat din reprezentarea *Autorității*.

2.5. Violența familială – ca marcă a agresivității sociale

Coexistența unei **agresivități** inconștiente – ce acționează ca tendință premanifestă, alături de dinamica psihologiei *omului de succes* al secolului XXI – este actualmente o certitudine. Ea reprezintă acel cuantum necesar adaptării la forțele exterioare, chiar dacă se suprapune unei căi deformate de socializare a exigențelor pulsionale. În anumite condiții, agresivitatea poate fi, inclusiv, un mecanism de apărare al unui Eu reprimat. Ambivalența, ca *modus vivendi* al unității dintre gând și suflet, postulează **violența** ca *o alternativă* din multitudinea reacțiilor afectiv – comportamentale posibile la nivel individual sau colectiv. Aspectul fericit ar fi acela al *deturnării* ei prin bine cunoscutul mecanism al sublimării. Pe de altă parte, întreaga umanitate a oscilat în decursul mileniilor între *spiritul civilizator* sinonim *in extremis* activismului cu rădăcini sadice, ce impune schimbare cu orice preț și *nevoia de tandrețe* – văzută în cel mai interpersonal sens al termenului – acela de aderare la familie, grup, națiune, religie.

Odată intrați în mileniul III, societatea însăși trece printr-o imensă transformare, ce se răsfrânge asupra sieși ca macrosistem, dar „lovește" și toate subsistemele sale până la nivel întins, „molecular", afectând inclusiv **familia** – ca unitatea ei fundamentală. Orice relație se poate înscrie pe o scală cu nuanțate trepte de la *dăruire totală cuplată cu o mutuală acceptare a celuilalt* la *abuzarea partenerului cu încălcarea*

barierelor intimității emoționale și fizice. Diada cuplului este primul „cerc" al descărcărilor tensionale sub forma impulsiunilor, acele *acting-out-uri* prin care se pun în scenă frustrările nesiguranței existențiale. Urmează dorința ardentă de *carieră* în sens autosecurizator, dar cu valențe agresive asupra posibililor rivali sau chiar asupra celor apropiați, sacrificați întru o mult visată „reușită profesională" – cu corelate sociale precum orgoliul, autoritatea și prestigiul obținute „pe orice căi", ce înstrăinează individul în singuraticul drum al unei inflative afirmări de sine. Vedem apoi, la tot pasul, alterarea relațiilor dintre generații, ce îmbracă forme traumatogene – de la molestările în plan real la anomia comunicațională și morală.

Se remarcă „punerea în scenă" a unor dispute cu rădăcini în etologie, de la banale altercații între prieteni la sumbra perspectivă a unui viitor război mondial, circumscriindu-se cadrul **acutei lupte pentru teritoriu**. Și toate acestea dintr-o stranie exacerbare în manieră posesivă a *simțului vital!* Apare o neînțeleasă „simbioză" a unei **inteligențe** superioare, „nobile", atotpătrunzătoare, cu ceea ce am putea denumi generic ascuțirea unor **comportamente primitive**, în virtutea cărora singura lege ce funcționează nescris este a impunerii prin forță, mai ales că *„învingătorului nu i se cere justificare"* și *„cel mai puternic are întotdeauna dreptate".* Este uimitor cum cuceririle tehnicii și științei ajung să fie puse în slujba unor instincte primare, prin prisma cărora umanitatea este degradată și condamnată spre a fi judecată în termeni de tipul: *agresivitate, ură* și *răzbunare.* ***„A avea"*** se substituie pacifistului verb ***„a fi"*** – de la palma de pământ mult – disputată la cursa diabolică a înarmării, de la violența domestică la rasism, de la abuz la abandon, de la carierismul infatuat la nevoia de dominare cu rădăcini narcisice.

Ca și cum tendințele negative – odinioară refulate, ale unui inconștient colectiv supratensionat explodează sub forma unui grad crescut de agresivitate socială într-o perioadă în care se prăbușesc și se caută **restabilirea** unor valori **stabilizatoare**. Dezintegrarea în plan moral, spiritual, etic și politic este dictată de perturbarea în esență a relațiilor interumane – cu impact psihopatogen imediat și îndepărtat. Promiscuitatea, sărăcia, violentarea copiilor sau bătrânilor, delincvența juvenilă, adulterul și gelozia cu componente aberante sunt doar câteva dintre „simptomele" crizei contemporane, developate sub impactul noilor restructurări ideologice.

Desigur că în estul și centrul Europei **prefacerile sistemului familial**, deși explozive, mențin încă o doză de ancorare în *tradiționalism*, inerția și rezistența îmbrăcând forma *disimulării* – în special în mediile sociale modeste, subculturale, unde familia se alterează în esență, dar nu se desface legal. Desconspirarea apare în „ceasul al XII-lea", o dată cu instalarea cronică și invalidantă a unor serioase afecțiuni psihosomatice în a căror etiologie, disfuncționalitatea nucleului familial este major implicată (după I. Mitrofan, 1996). Paradigma *„alcoolism – tulburări de conduită – depresie"* răbufnește cu sechele traumatizante, conotațiilor cvasisociale ale fenomenului adăugându-li-se aspecte psihologice și medicale (depresie, anxietate și atacuri de panică, tulburări hipnice, disprosexii, tulburări de dinamică sexuală, migrene, palpitații, dispnee, tulburări gastrointestinale, izolare, inabilitatea de a coopera și comunica, reacții posttraumatice, precum și excesul de alcool apărut la femei), ce intră de multe ori sub incidența perspectivei legale sau invadează sistemul serviciilor de sănătate, în condițiile unor șanse minime de *curabilitate.* Ne confruntăm din ce în ce mai frecvent cu situații de tipul: „soț alcoolic, violent, agresiv fizic și verbal". Există concepția populară conform căreia „discuțiile în familie" pornesc de la

neajunsuri şi lipsuri financiare. Altfel spus, securitatea climatului familial, sub impactul unor factori externi, este înlocuită treptat cu alterarea comunicării şi relaţionării mergând până la varianta sa extremă – a traumatizării celuilalt.

Rămân distorsiunile unui cuplu, pe care cu dificultate le înţelegem. La întrebări de tipul: *„de ce totuşi aţi rămas împreună?"* răspunsurile sunt variate, dar cu slabă putere de convingere. Ele ating sfera materială, problemele de creştere a copiilor, mai puţin autenticele sentimente.

Nu demult, am întâlnit o bolnavă ce pentru o garsonieră plus 5.000 de dolari pentru „cheltuieli" îşi vânduse cele trei fiice unei familii bogate din Grecia şi încerca să ne convingă cum „societatea" a împins-o la asemenea acte necugetate. Din această perspectivă, promiscuitatea şi sărăcia sunt câteva dintre simptomele CRIZEI CONTEMPORANE, mai ales că de multe ori sunt depăşite limitele familiei în sens tradiţional.

Criza contemporană este generată de frustraţii macrosociale, ce pun în evidenţă la cote maxime impulsiunile ancestral–ascunse ale indivizilor. Să fie oare acesta motivul pentru care, actualmente, violenţa familială cronică şi patternul atitudinal–educaţional în conformitate cu care victimizarea femeii trebuie trecută cu vederea sunt recunoscute? Dogma, cutuma atribuie bărbatului dreptul de a lovi, ca semn al autorităţii şi masculinităţii sale. Această mistificare a sensului, dublată de toleranţa partenerei de viaţă, cuplată cu suportarea şi valorizarea soţului, sacrifică normalitatea interpersonală şi blochează personalitatea femeii în limitele unui masochism social conjunctural. Motivele disimulării sunt variate – izolarea, interdicţia, controlul permanent al bărbatului, dependenţa materială, dar există o rădăcină comună: umilinţa în care este plasată femeia (I. Mitrofan). În plus, ea nu are unde spune. Acestea sunt suficiente spre a ne face să concluzionăm că întotdeauna comunicarea medic–pacientă este mai dificilă. Există de multe ori teama de a nu ofensa cu întrebările despre un posibil climat reactiv particular, multe aspecte rămânând necunoscute din sentimentul de culpabilitate sau reticenţa celei în cauză de a nu fi blamată pentru situaţia în care se află. La polul opus se află teama medicului, mai ales când şi acesta este femeie, de a nu proiecta propriile probleme în anamneza respectivă, deoarece, din păcate, violenţa familială nu este dependentă de QI, de nivelul cultural sau de statutul social.

Inclusiv violenţa la adresa copiilor este o realitate ce nu cunoaşte limitele educaţiei când este iscusit ascunsă în forme „rafinate". Relaţiile distorsionate dintre copii şi părinţi se manifestă frecvent sub forma unor situaţii reactive de tipul: tată hiperautoritar, chiar agresiv – conflicte profunde. Aici, aceste elemente au acţionat de la vârste fragede, au fost deja interiorizate şi structurate în procesul de cristalizare a personalităţii, fondul adolescenţilor în cauză devenind dominat de introversie, frică, dependenţă, rezultate din elementele regresive şi insecurizare. Dincolo de afectarea capacităţii de modulare afectivă, rămâne totuşi fragilitatea Eu-lui lor în ansamblu, o fragilitate casantă la contactul dur cu realitatea. Este vorba de o dispoziţie tristă, cu elemente senzitive la care se adaugă hipercorectitudinea, timiditatea, sensibilitatea, impresionabilitatea ce corelează cu un Eu slab, puţin delimitat de mediu, supus unui Supra-Eu parental autoritar. De multe ori familia acestor tineri apare ca un amestec de hipercenzură şi hiperprotecţie facilitându-le regresia şi dependenţa.

Mărturisirile unora dintre ei sunt de-a dreptul cutremurătoare, în timp ce sentimentele sunt date la o parte, ca şi cum timpuriu, dorinţele nu ar putea fi definite. În urmă rămân întrebări obsesive despre durerile mute ale *celor mari*. Cu siguranţă adolescenţii exagerează, marşează în suferinţă şi-şi potenţează experienţele negative ale scurtei lor vieţi. Dar „sâmburele" de la care s-a plecat? Depresiile acestui palier cronologic sunt diverse şi îmbracă mai degrabă forma iritabilităţii, a unei agitaţii difuze, a contorsionărilor interioare în accentuarea scizurii dintre realitatea obiectivă înconjurătoare şi lumea subiectivă. Li se cere *o poziţie* de invidiat, în timp ce li se oferă imaginea unor părinţi a căror autoritate decurge automat din forţă, şi nu dintr-un real şi de necontestat statut. Copilăria e grea în absenţa securizării parentale. *Ura* se transmite pe nesimţite, ca o umbră neagră prelinsă din climatul afectiv de origine spre noua fiinţă în formare. Şi cât de dificil ne este să trasăm coordonatele unei normalităţi stabilizatoare drept condiţie princeps a homeostaziei emoţionale viitoare?

Lipsa de autocontrol asociată cu ostilitatea, mistificarea şi „minciuna de supravieţuire" au devenit „strategii adaptative" într-o lume bazată pe confuzie, lipsa modelelor pozitive şi perimarea cenzurii etice. Deşi habitusul violenţei în cuplu este de multe ori ignorat, universalitatea iubirii, *umanitatea* – ca atribut în sine al Eu-lui conjugal – se stinge încet. Carenţele legislative nu permit implicare *în criză*, familia menţinându-şi fascinaţia dată de aura „intangibilităţii". Diada, ca element constitutiv al planului microsocial, ne scapă celorlalţi – moralmente integri – de sub control. Cum ne-am putea opune atunci tendinţelor dominatoare ce invadează spaţiul mondial, fantasmelor de cucerire şi stăpânire interetnică, mai ales când agresivitatea este insinuată sub masca tandreţii?

CAPITOLUL 3

Elemente de psihologia grupurilor – între *solitarism* și *adezivitate la mulțime*

„Şi chiar de slava ierbii acelui ceas s-a stins,
noi tot vom căuta puteri în ce-a rămas...“
(Splendoare în iarbă)

3.1. Relațiile interpersonale – de la atracție la respingere

Relațiile simpatetice reprezintă unul dintre cele mai importante fenomene interpersonale, cu o largă arie de răspândire în câmpul vieții afective, cu o implementare profundă în cotidian și o mare frecvență de manifestare. În realitatea socială concretă se constată empiric că oamenii se atrag reciproc sau se resping. Adolescenții își imită eroii din literatură, subalternii își pot influența șefii prin sugestii situate la limita perceptibilului, în cuplul conjugal – legătura este privită armonios din afară, în timp ce în interior conflictul e gata să izbucnească sau, din contră, parteneri ce în mulțime sunt într-o permanentă dispută, iar în intimitate – sunt dominați de conciliere. Unuia îi este indiferent că-i are drept colegi de birou pe X, Y sau Z, în vreme ce altul face o adevărată dramă la schimbarea celui mai mic element în decorul cu care a fost obișnuit. Constatăm că, de la început, o persoană are simpatie față de o alta, dar apoi devine treptat indiferentă, fiind valabilă și reciproca, în care lipsa inițială de considerație se transformă în atașament. Într-o colectivitate, unii sunt mai timizi, puțin predispuși la contacte, iar alții caută dialogul, fiecare profitând într-o manieră deosebită de pe urma acestor experiențe (după P. Golu, 1992).

Simpatiile au la bază **nevoia** fundamentală **de sociabilitate**, ca sursă a homeostaziei psihice. Acolo unde legăturile interpersonale sunt defectuoase apare problema spargerii echilibrului interior. La baza interacțiunilor dintre indivizi stau anumite trebuințe, ce pun în evidență rolul deosebit al trecutului în geneza tipului particular de relație. Astfel, există subiecți ce în copilărie au perceput o insuficientă integrare în grupul familial și care, în conduita ulterioară, se străduiesc să obțină mult-visata *„incluziune"*, încercând să pătrundă în orice microgrup profesional sau cerc de prieteni, chiar cu prețul de a face mici sacrificii, de teama de a nu primi eticheta de „outsider". Alții au tendința la control absolut al celuilalt – comportament influențat de excesiva permisivitate atribuită de părinți, dublată de lipsa unei călăuziri riguroase pe drumul liberei dezvoltări. În orice legătură adultă se simt urmele măsurii în care copilul de altădată a fost acceptat sau respins emoțional. Întâlnim prieteni „supra-sociali", ce suportă greu singurătatea și au o exagerată dorință de afecțiune reciprocă. Sesizăm oameni cu deficiențe de apropiere, „subsociabili", cerând parcă directive, dependenți de „oferte" și stimuli de comunicare – aceia care răspund exclusiv provocărilor verbale sau gestuale, fiind rar inițiatori ai unei discuții.

Dacă anumite *interese* ale vârstelor fragede au fost neluate în seamă, insul ajuns la maturitate are un sentiment de însingurare și incompetență în relaționarea interpersonală, se simte neiubit, nepregătit – chiar pentru simple amiciții, în permanentă și inconștientă luptă spre recuperarea deficitului indus de evenimentele traumatizante. Există indivizi într-o perpetuă **căutare**, având o imensă trebuință de afecțiune și aprobare, acea *necesitate a partenerului* (prieten, amant, soț), așteptând împliniri existențiale de tipul *a fi indispensabil celor din jur.* Sunt alții ce parcă **ar merge împotriva tuturor**, duri, agresivi, interpretând lumea drept „o arenă" în care – în sensul darwinist al termenului – fiecare trebuie să-și elimine „adversarii", în virtutea invocatului *prestigiu.* O altă tendință este **fuga de semeni**, subiecți ce pun o distanță în calea empatiei și se retrag spre a fi autonomi, neinfluențabili și neconstrânși obligațiilor sau conformismului. Primii parcă s-ar întreba constant *„Oare mă plac vecinii?"*, comparativ cu personalitățile „provocatoare" ce rumineazǎ subconștient ideea *de a-și depăși noul coleg* sau cu cei introverți ce se tem *că nu vor fi lăsați în pace.*

Putem concluziona că suntem „cufundați" în blocul relațiilor sociale, trăind într-un etern ***împreună***, afectați de prezența celorlalți (P. Golu). Esențial rămâne factorul **spațial, distanța** – abordată mai mult sau mai puțin cantitativ, gradul de *periferialitate* a unuia comparativ cu altul. Mai contează structurile **funcționale**, deoarece cea mai mare parte a legăturilor noastre interafective e condiționată de participarea la *roluri sociale comune* (profesionale, civice sau familiale). Intervin și factorii **normativi, axiologici** – ce țin de o ierarhie de ranguri, prestigii și valori. Oamenii se raliază emoțional pornind de la esența unei similarități de concepții, atitudini și preferințe.

Atracțiile, respingerile sau *indiferențele* în cadrul unui grup pot căpăta dimensiunea *unilateralității* sau a *reciprocității*, modul de combinare a simpatiilor sau antipatiilor fiind cel ce dictează *coezivitatea, solidaritatea* sau *dezorganizarea.* Contrar înțelesului laic, *neutralitatea* este diferită de absența oricăror trăiri, reprezentând mai degrabă situația în care suma emoțiilor de semne contrare este nulă. Limbajul comun este simbolizat prin nuanțe, în care aceste tipuri de relații capătă specificitate – de la *preferință, iubire, simpatie, adorare* la acel *a nu fi pe plac, antipatie, ostilitate, ură* sau *rejecție.*

Atracțiile, respingerile și indiferențele nu se fac la întâmplare, ci se emit în funcție de sondarea unor criterii. Oamenii se pot simți *atrași* reciproc, deoarece lucrează la un obiectiv comun (economic, financiar, cultural sau de cunoaștere). *Preferințele* se pot extinde pe o scară de la *simpla distracție* la *autenticul erotism.* Varietatea criteriilor de interacțiune determină o infinitate de comportamente calitative, în care nu este de neglijat rolul *coincidențelor exterioare* (asemănări fizice, de mimică și gestică, vestimentație și gusturi pentru modă) – acestea întinzându-se de la aspecte nesemnificative și accidentale la profunzimea interioară și valențele psihologice adiacente. Există o corespondență între planul constitutiv al personalității individuale și capacitatea de a „funcționa" interpersonal. În cadrul diadei, relaționarea afectivă este un fenomen ce presupune depășirea *caracteristicilor* fiecăruia, punându-se în valoare un nou nivel al realității dualului – în care cei doi împart „recompense" și „penalizări".

Complicațiile apar din faptul că indivizii nu interferează doar ca entități obiective, ci și ca sisteme de imagini prin care își atribuie calități sau defecte și emit judecăți anticipative, în raport cu care nivelul simpatetic permite să se suprastructureze dimensiunea cognitivă. Gândirea controlează și reglează afectivul, în conformitate cu

legitatea generală de a respinge o persoană prin prisma propriei viziuni. Acesta este motivul pentru care, în diverse etape, putem avea reprezentări diferite ale partenerului - care nu sunt neapărat efecte pasive induse, ci **şi** produse ale conştiinţei noastre, **relaţia interpersonală devenind dublată de felul în care ea însăşi este percepută**.

3.2. Modificarea Eu-lui colectiv în perioada de tranziţie

Aşa cum **Eu**-l reprezintă centrul personalităţii, investit „capital" emoţional ce trebuie apărat în faţa „atacurilor" reprezentate de situaţii frustrante şi psihotraumatizante, tot aşa *vorbim de existenţa unui* **Eu colectiv** la *nivelul unei naţii sau etnii*, acea *entitate spirituală* supremă ce „dă piept" cu vicisitudinile vieţii. În acuta transformare a zilelor noastre, ne întrebăm cu stupoare: *Ce s-a întâmplat cu unitatea acestui popor? Sau, altfel spus, unde este Eu-l nostru colectiv? Şi care ar putea fi factorii de ajutor în recuperarea acestei „macropersonalităţi" protective?*

În România anterevoluţionară s-au făcut studii epidemiologice, cu deplina respectare a condiţiilor validităţii ştiinţifice şi s-a reliefat că incidenţa bolilor psihice era mai mică raportată la cea a Statelor Unite. Rămâne întrebarea: Cum era posibilă o asemenea situaţie? Era o disimulare? Sau, dacă nu, care ar fi rezervele energetice ascunse cu care *românul face faţă multor necazuri?* Explicaţia s-ar putea afla în funcţionarea acelei **reţele de suport social**, dătătoare de sprijin şi ajutor elementar foarte important. Apariţia Eu-lui colectiv protectiv era asimilată unui „ritual" de împărtăşire a necazurilor, dar şi unei mişcări proiective de găsire a unui vinovat extern - o defulare „în masă", în care impresia că toată lumea suferă atenua trauma. Aici întrezărim acei factori de rezilienţă, de rezistenţă în virtutea cărora multe persoane „tăvălite" de dureri şi suferinţe îşi păstrează totuşi buna dispoziţie şi sănătatea mintală (după C. Oancea, 2002).

După Revoluţie, societatea s-a clivat, a apărut individualismul şi presiunea că se pierde Eu-l colectiv. „Rămăşiţe" ale sale plutesc încă *diafan* în aer, în comportamente *similare celui al tânărului şofer cu nouă milioane pe lună, ce-şi plimbă prietena în* weekend cu Jeep-ul „patronilor" şi care afirmă naiv, încercând să poarte o conversaţie de societate: *„Nu-i aşa că era mai bine pe vremea lui Ceauşescu?"*. Păstrătorii acestui Eu colectiv îi regăsim în simpatizanţii diferitelor partide politice de factură naţionalistă. Uneori extremismul de această coloratură este asociat cu o imaturitate structurală atunci când totul se explică în termeni ***defensivi*** – prin „ţapul ispăşitor", idee excelent exploatată astăzi de mass-media.

În actuala conjunctură socio-politică putem afirma cu certitudine, fără să greşim că **Eu-l nostru colectiv este foarte afectat**. Există statistici ce susţin că 50 % din români vor să emigreze. La un pol îi întâlnim pe cei ce strigă repetat că *„nu ne vindem ţara"*; alţii – mai pacifişti – fac compromisuri, în timp ce nu puţini sunt cei ce *o fură*, să fim siguri că ne rămâne nouă! Este o problemă de dezintegrare ce lasă descoperiţi pe foarte mulţi dintre noi. Suntem puşi în faţa unor persoane cu tensiuni insurmontabile, „doborâte" sub presiunea unor viziuni confuze, pentru care societatea însăşi trebuie să *decidă* anumite compensări. Aşa se întâmplă în toate perioadele de tranziţie, în care *ieşirea la suprafaţă a non-valorilor* induce mari dificultăţi de comunicare, pasivitate şi

retragere. Eu-l colectiv poate ieşi zdrobit din clipele dure, recanalizându-se şi rămânând să activeze difuz, la limita perceptibilului – exclusiv la nivelul tradiţiilor şi obiceiurilor. A apărut chiar „tânăra generaţie" de politologi şi sociologi, dintre care unii îşi permit să reanalizeze prin prisma „gândirii mature occidentale" marile noastre simboluri emoţionale (acuzele aduse resemnării mioritice, reducerea poporului român la nivel de populaţie, criticile legate de seninătatea dacică în faţa morţii), adevăraţi *„cetăţeni", „oameni de bine"* ce-şi trimit copiii la înalte studii în străinătate şi care-şi mărturisesc cu nonşalanţă *sfaturile* date odraslelor la plecare: *„Tată, dacă pe-acolo te întâlneşti cu vreun român, să fugi ca de dracu".* O tânără de-abia ajunsă la Paris pentru studii este întâmpinată de colegele „mai vechi" cu îndrumări de tipul: *„Vezi, dacă vrei să te simţi bine aici, las-o şi tu mai încet cu dorul ăsta de casă, şi nu mai spune peste tot că eşti româncă!".*

Ceea ce se uită este că ***resemnaţii*** sunt partea conservatoare şi sănătoasă a Eu-lui colectiv, **păstrătorii**, în timp ce ceilalţi vor o schimbare către un Eu mai activ, mai percutant. Sunt momente în care simţim intens nevoia unor leaderi care să verbalizeze frustraţiile şi să propună soluţii, al căror echivalent este **conştientizarea personalităţii colective benefice**. Ne luptăm cu reconstrucţia noastră – din care fac parte responsabilitatea individuală şi civilizaţia însăşi – şi uneori pare că Eu-l pozitiv e perceput cu ruşine! Avem nevoie de sfătuitori în roluri de imago-uri parentale – calde, empatice, apropiate (respectând modelul preluat din creştinism şi bazat pe dialog, inspiraţie şi pace) *sau*, din contră, regăsim dorinţa de autoritate a celor ce speră la vremea conducătorilor severi, de formaţie şi orientare *directivă*. Atunci ***când alegem***, ne ghidăm mai mult sau mai puţin conştient aprecierile, având în vedere următorii parametri: *sociabilitatea, riscul de stres, adaptabilitatea* şi (de ce să nu spunem?) – *posibilele reacţii psihopatologice ale viitorului om politic!* Aşteptăm în schimb – *maturitate în luarea deciziilor, în confruntarea cu crizele, în rezolvarea problemelor specifice, prelucrarea conflictelor* şi *îmbunătăţirea relaţiilor – în cel mai larg înţeles al sferelor de influenţă.*

Până când vom ajunge la liman, cruciale rămân – pentru noi toţi – **speranţa** – pentru cei demoralizaţi, neliniştiţi, neputincioşi şi neajutoraţi – trăire de autoeficacitate izvorâtă din dorinţa că *lucrurile se vor îndrepta în viitor* şi element de sugestie ce ameliorează şi acţionează; **o nouă viziune asupra lumii** – sistem coerent ce orientează spre ieşirea din impas, făcând posibilă o altă percepţie generatoare de soluţii şi **relaţiile de coeziune şi prietenie** în grupurile formale sau informale – ca o condiţie a înţelegerii şi ascultării respectuoase securizante (C. Oancea).

CAPITOLUL 4

Ambivalența sentimentelor umane *sau* limitele acceptării *Decalogului*

Desaga existenței noastre pe umerii unui Mefisto,
ce jalnic tânguie a păcat.
Și iadul nostru metaforic
va fi atunci mai încărcat...

4.1. Amintirile trecutului – *rănile* viitorului

„A învăța din experiență" – iată maxima morală a bătrânilor, la care, din păcate, tinerii fac apel prea târziu, când „spășiți" își întorc fața către *marile adevăruri* de care cu puterea și elanul vârstei s-au îndoit. Cele două componente ale *educației* sunt: *cunoștințele* și *abilitățile*. Aceasta este o constatare cu valențe pur teoretice, deoarece centrală rămâne *percepția personală, emoțiile, experiența* ce tulbură individul și-l pune în defensă în raport cu noua încercare pe care viața i-o oferă. În permanență – și fără a ne da seama – în așteptarea unui eveniment viitor ne construim *„o față"* – similară unei *măști* ce ne ferește de pericolul de a fi judecați, analizați, interpretați. Este un fel de valorificare a experienței anterioare, filtrată prin prisma subiectivismului indus de propria libertate de gândire. Aici regăsim nuanța afectivă, acele așteptări tacite greu de transpus în cuvinte.

În orice psihoterapie, cel ce conduce procesul de remodelare a personalității se implică fără a putea face abstracție de propria sa concepție despre umanitate, chiar dacă își restructurează stilul laic de abordare, spre a se încadra în canoanele științifice. Perspectiva sa de înțelegere a *omului de pe fotoliul de-alături* nu poate fi ruptă de propriul trecut, prin prisma căruia recepteazā realitatea, de modelele din cărți sau de vechile sale prejudecăți. Se intră în *lumea suferinței*, acel „spațiu" psihic totalmente diferit, dar fără a uita **bunul-simț** și **înțelepciunea**, drept condiții princeps în absența cărora nici o relație autentic empatică *terapeut-pacient* nu se poate construi. Într-o atmosferă de securitate și răbdare, trebuie să accedem către *straturile* durerii, neîmplinirilor, eșecului și depresiei. *Prietenul, tovarășul* celui aflat în impas este și el de un real ajutor. Dar oricât de bine intenționat ar fi, se „lovește" de *aparențe* și de *simptom*. Rolul celor avizați este de a învăța semnele ce corespund unor ființe complicate, cu „ascunzișuri", în care nucleul slăbiciunilor este ținut departe de ochii altora (C. Oancea, 2002). Există și *drame exhibate* – tânărul ce încearcă să se arunce sub roțile tramvaiului, când acesta tocmai oprea în stație – în fața prietenei ce privea copleșită de rușine *spectacolul comic și tragic totodată...* rumoarea mulțimii... dezinteresul de fond... curiozitate și... în final – **o problemă de individuație** – a-ți fi suficient ție însuși ca Eu spiritual definitivat.

Alteori, sub mantaua *depresiei* sunt reunite sentimente „parşive", frustrări acumulate şi deghizate subtil, sortite unui amar deznodământ – *soţia înşelată, ce nu mai are putere să părăsească patul şi pentru care orice efort se soldează cu imense junghiuri la nivelul coloanei vertebrale.* Aici este *o sfâşiere* interioară, din care simptomul irumpe ca *simbol al demnităţii personale lezate,* alături de *destrămarea imaginii feminine,* protectoare a sănătăţii emoţionale şi fizice. Un om trist plânge în tăcere. Dacă ţipă, atunci doreşte să se facă auzit. O cerere presantă de *schimbare* venită din partea unui terapeut grăbit poate echivala cu *a forţa nota,* situaţie care, deşi în favoarea celei în cauză, îi răpeşte *bucuria* de a se simţi protejată prin boală, indiferent de diagnostic. Apare *evitarea,* ca un fel de neîncredere. Privirea *către sine* e tulburătoare, motiv pentru care paşii întru autocunoaştere trebuie făcuţi cu blândeţe, scoţându-se cu grijă la iveală trucurile şi diversiunile menite să protejeze inconştient subiectul în detrimentul relaţiilor interpersonale (C. Oancea).

Nevoia de afecţiune este cel mai acut sentiment uman. Şi totodată cel mai vechi înrădăcinat. Seducţia, demonstrativitatea, tendinţele histrionice, veleitarismul, dorinţa de cucerire se originează în lipsa de securitate emoţională absolut necesară perioadelor timpurii de dezvoltare a „fortăreţei" psihice, ce nu reprezintă altceva decât echilibrul psihic de mai târziu. Este uimitor cum oamenii „cerşesc" celor din jur afecţiunea pe cele mai ocolite căi. Uneori ajung chiar să-şi ofere suferinţa – simbolic – pentru câteva cuvinte calde. S-a vorbit dintotdeauna despre *rolul victimei – micuţa de 14 ani, care consimte fără plăcere să aibă raporturi sexuale sub presiune şi ameninţări, temându-se să ţipe şi să se facă auzită... cu uşurinţă necazul devine public... prietenii, colegii îşi dau coate pe culoarele şcolii... valuri stârnite de un incident cu urme amare... poate timpul le va şterge... dar până atunci? Cei slabi încearcă să facă faţă unor astfel de situaţii printr-o forţă ce acţionează precum un bumerang, întorcând asupra Eu-lui învins întreaga povară. Fetiţa a găsit un drum de a se salva – să spună tuturor, ca şi cum le-ar cere iertare, ca şi cum i-ar obliga să o înţeleagă, ca şi cum şi-ar afişa pe piept o pancardă „am fost violată", care de fapt ar vrea să exprime mult-visatul deziderat al copilăriei cerut inconştient şi fără excepţii: „acceptaţi-mă necondiţionat".*

În final, totul se rezumă la a-ţi depăşi vechile amintiri mute, care încărcate cu o anume putere *„magică"* indusă de dăinuirea peste generaţii dictează surd, dar cert, cursul unei existenţe repetitive. Nevoia de identificare cu una din figurile marcante ce ne jalonează primii paşi spre lume este puternică. Iar dacă patternul perceput este cel al unei istorii nefericite, ***lupta pro realitate***, deşi acerbă, se lasă greu câştigată. *Am cunoscut tinere frumoase, deştepte, talentate şi înzestrate pentru succes, al căror trecut familial pe linie maternă era dominat de violenţă conjugală. Înclinaţia spre relaţii conflictuale, certuri perpetue, disperare, părăsire şi singurătate le-a răvăşit mulţi ani ai adolescenţei. „Obligaţia" de a fuziona cu trecutul persoanei iubite ascunde magnetismul iraţional al acestei atracţii fatale dizarmonice.* Eliberarea de complexele inconştiente ar presupune renunţarea la „condamnarea" propriei fericiri în termeni de *vinovăţie* sau *culpabilitate.* Între *moralitate* şi *masochism* nu este decât o diferenţă de nuanţă. O autoritate excesivă din partea unor părinţi – ei înşişi supuşi sau (de ce nu?) blazaţi – poate funcţiona drept nucleu masochist erijat sub forma unei moralităţi exemplare. Şi cum ar îndrăzni atunci aceste fete să-şi construiască *reuşita intimităţii de cuplu* pe ruinile feminităţii distruse ale propriilor mame?

4.2. Despre vinovăție și iertare

Întotdeauna oamenii au o motivație pentru faptele lor. Problema este în ce măsură aceste rădăcini ascunse ale unor greșeli justifică iertarea celorlalți. *Femeia necăjită, cu patru copii, de curând șomeră, cu soțul alcoolic, care o bate tot timpul și-i ia fără milă ultimii bani pentru a-și domoli viciul... răspunde blajin: „Ce să fac? E omul meu!"* Este o toleranță la suferință ce depășește orice explicații raționale legate de substratul material al unei căsnicii.

...Cele zece porunci... „Să nu furi"... capătă un cu totul alt sens... *O mămică tânără, cu un copil din prima căsătorie, încearcă să-și refacă viața cu un soț nu tocmai potrivit... băiețelul fuge disperat și în repetate rânduri la străbunici, undeva departe, la țară... viitorul tătic, depășit de situație, decide ca cel mic să fie dus la școala de corecție... femeia se simte prinsă la mijloc și-atunci vinovați devin bătrânii (!) care au „furat" dragostea puștiului oferindu-i iluzia unui cămin mult dorit... „Bunicul meu m-a șantajat că dacă nu-i dau copilul o să moară de supărare... îmi spunea mereu că micuțul este lumina ochilor lui... Am cedat, deși am suferit că mi-am pierdut băiatul..."*

Văduva ce își vinde casa din sat în care a trăit în belșug pentru a-și ajuta nepotul tânăr căsătorit să ia o garsonieră la oraș... ajunge „pe mâna norei" alungată de colo-colo, între lucruri străine, departe de amintirea și mormântul soțului... și așteaptă... Dumnezeu știe ce... ***că mare e puterea și mila lui!***

Există oameni cu sentimente puternice, atât de iubire, cât și de răzbunare; există oameni pentru care iertarea vine *instantaneu*... și există alții ce se simt securizați urând. Nu degeaba o fi apărut celebra expresie populară *„e prost de bun"!* De multe ori, din păcate, *caracterul* este confundat cu *inteligența socială* – acea condiție facilitatoare actualmente pentru o penetrare strălucită în high-life-ul intelectualității contemporane!

Am întâlnit familii, este adevărat – din ce în ce mai puține astăzi – care găseau pentru fiecare vecin sau prieten câte un compliment plăcut, *creștini* pentru care *fiecare are calitățile lui,* ce trebuie remarcate... **numai să vrei!** Priveau cu bucurie și drăgălășenie micile idile sentimentale ale copiilor, admirau cu interes bebelușii de pe scara blocului și sufereau realmente pentru fiecare *fată înșelată* de cîte *un nenorocit*. Curiozitatea și starea de spirit mereu „în pas cu vremea" le-a menținut anii neatinși de necazurile bolilor. Îi urmăream cu plăcere, în timp ce alții se întrebau răutăcios *„de ce le-o merge așa de bine?"* **A gândi pozitiv** este o mare șansă pe care, **cu înțelepciune**, singuri ne-o putem oferi. ...*Bunica ce-și consolează nepoata care tocmai a picat un examen important, în timp ce colega – „mai puțin înzestrată de la natură", dar cu părinți „bine puși" – reușește cu succes – „lasă, mamă, rămâneți prietene, că-ți vine și ție norocul!"... Mai alaltăieri o vedeam cum iubește cu duioșie un mic strănepot adus pe lume de mezina favorită – „din flori", dar „e așa de frumos și deștept!"* Am auzit c-a murit... Ne ducem cu toții... Tot ce rămâne este **imaginea** ce dăinuie prin sufletele „urmașilor urmașilor" noștri... S-a stins demn, în aceeași pace sufletească în care și-a trăit întreaga existență, după ce-a apucat Revelionul și și-a serbat ziua *de Sfântu' Vasile* cu cei trei nepoți și patru strănepoți... A făcut chiar și-un tort... Trecuse cu mult de optzeci de ani... O moarte ușoară, fără suferință, înconjurată de cei dragi... Sfârșitul vine firesc, ca de la sine... Ce ți-ai putea dori mai mult? În urmă rămân cei mici îndurerați, dar cu o liniște interioară *de neînțeles* pentru cine n-a știut **a trăi în cumpătare**.

Arhetipul de **Alma Mater** sau cel al **Bătrânului Înțelept** au dispărut. Uneori mă gândesc că s-au pierdut și din imaginația noastră! Vedem la tot pasul bătrâni egoiști, ce-ar fi în stare să se bată pentru locurile din autobuz, suferinzi ce-și expun necazurile cu un aer de revoltă la adresa copiilor sau a celorlalți, acelora mulți, care deocamdată și încă *mai au putere!* Vârstnice *cochete* ce nu-și uită machiajul, dar care nutresc o vădită ură în raport cu adolescenții *ce-și permit* să-și manifeste bucuria chiuind la o petrecere! Disperarea existențială originată în frustrările trecutului îi face să creadă că tinerii ar fi în stare *să le fure* ultimele rezerve energetice în discuții superficiale, sterile, îndepărtate de centrul din ce în ce mai strâmtorat al propriilor preocupări. ***Sufletul tânăr*** – mult invocat de poeți – are un atât de acut și real înțeles! Semnificația *tinereții fără bătrânețe și a vieții fără de moarte* este lângă noi, aproape palpabilă... Numai de ne-am putea păstra ochii **mari** și **uimiți** de copil!

Și ura își are atu-urile ei! Puterea ce decurge automat din forța răului este mai sigură și mai rapid obținută! Urând, Eu-l se învinge pe sine într-o manieră impunătoare, chiar dacă nu și prolifică. Este vorba de o securizare bazală, ce ne amintește de nevoia de siguranță fizică, cel mult biologică, a omului primitiv. A-ți apăra teritoriul propriei ființe în manieră de luptă – iată „dezideratul" celui ce se bucură urând! Sentimentele negative dau iluzia unei măreții a lumii interioare prin beția unei pseudo-stăpâniri, surogatul unei maturități cognitive și afective ce amăgește și înstrăinează individul într-o lume uneori *ca o junglă*, alteori *ca un deșert steril*, la fel de pustiu precum sufletul din care izvorăsc emoții amare.

Uneori încerci să ierți. Se spune că asta-i mai ușor, mai greu este să și uiți! Rămâne obsesia că ți-ai deformat personalitatea, că *„ți-ai călcat demnitatea în picioare"*, că drumul drept ți-a fost frânt de necinste. Iertând repetat *„greșiților noștri"*, ni se pare că soarta e crudă, că nu mai există acel echilibru exterior universal atât de necesar *mersului înainte.* Dispare a-tot-puternicia pe care se sprijină întreaga arhitectonică a lumii interioare subiective. Și atunci, ne chinuim perpetuu a alege între extreme, a decide **ce**, **cât**, **cui** și **cum iertăm**, **pentru cine** ne sacrificăm – ***de la orgoliu egoist la dăruire altruistă!?***

4.3. A învăța să dăruiești iubirea sau travaliul civilizației

Conduita reprezintă totalitatea reacțiilor organizate ce constituie modul de răspuns al individului la acțiunea *factorilor interni subiectivi*, dar și a *mediului* – ținând cont de selecția intrinsecă dintr-o multitudine de alegeri posibile. Transformarea Eului în relația cu *alții* și cu *sinele*, valorile și normele culturale, civilizația însăși constituie o unitate funcțională, dinamică, interacțională, dotată cu autoorganizare și autoreglare. Făcând o analogie cu paradigma rezolvării generale a problemelor, **comportamentul matur** presupune întotdeauna, alături de elaborarea adecvată a unui plan strategic, o sistematică și critică evaluare.

O discuție asupra structurilor motivaționale, organizatorice și reflectorii, implicate în conduita unei persoane, nu se poate face excluzând rolul determinant al **familiei** – *imaginativ, empatic, provocant, dialectic* sau *decizional – activ,* în condițiile socializării integrative. Familia, prin tonalitatea și atmosfera sa afectivă, reprezintă un semnificativ

climat educativ. Dezacordurile şi tensiunile existente vor genera în conştiinţa copilului îndoieli, reticenţe, neadaptare. Aşa cum sintalitatea diadei parentale transcende personalităţile individuale ale mamei şi tatălui, putem vorbi de **caracterul familiei** de provenienţă, văzut ca profil psiho-moral, constelaţie de atitudini, acte cognitive, afective şi volitive organizate într-un sistem complex, deschis, ierarhic – *stabilizator* sau *perturbator* – esenţa normativă şi operativă în care se originează Supra-Eul.

Stăpânirea de sine, bogăţia sufletului, consistenţa, generozitatea, puterea, supleţea, disciplina sau optimismul depind într-o mare măsură de trăsăturile pe care le are familia în care micuţul se dezvoltă. Există familii *reprobatoare*, care înăbuşă spiritul de independenţă, subapreciind nivelul de performanţă al copilului – părinţi inhibaţi, ce-şi reprimă dorinţele şi speranţele, se tem de orice judecată de valoare, de orice notă apreciativă ce ar putea fi îndreptată asupra sieşi, nutrind ascunse complexe de inferioritate, pe care le transmit mai departe. La polul opus se situează familiile *liberale*, ce se centrează constant pe conservarea şi perpetuarea *vieţii*, spre dilatarea timpului, căutarea plăcerii şi evitarea durerii. Există familii *integrate social*, sigure pe sine, cu un grad ridicat de receptivitate inovatoare şi familii *la limita integrării*, nesigure, închistate, refractare, lipsite de posibilitatea de a-şi prevede şi coordona evoluţia ulterioară, centrate de aspecte „instinctive", similar perioadelor timpurii ale umanităţii.

Întâlnim familii *active*, în care principala însuşire este aceea de a se afirma, de a lupta cu greutăţile, de a se impune – în sensul bun al cuvântului, încurajând formarea dinamismului, încrederii şi motivaţiei muncii. Familiile *pasive* se conturează ca fiind *indiferente, indolente, înclinate spre trăirea eşecului şi descurajarea în lupta cu* obstacolele (după A. Cosmovici şi L. Iacob, 1999). Din păcate, societatea de tranziţie a făcut posibilă interpretarea într-o manieră personală a dimensiunii dinamico – energetice a *genericei lupte pentru supravieţuire*. În condiţiile în care obiectivul princeps al educaţiei ar trebui să-l constituie formarea în copil a spiritului de întrajutorare şi înţelegerea valenţelor superioare ale verbului *„a oferi"*, prin trăirea plenară a bucuriei de *a dărui*, părinţii, mai disperaţi ca niciodată, acţionează în virtutea unui *egoism* existenţial a-tot-puternic. Acel pedagogic *a stârni în copil spiritul de reuşită* se hiperbolizează în inducerea unor atribute egocentrice – *„a nu-l ajuta pe cel de lângă tine"*, ca nu care cumva să-ţi anihilezi forţele într-un potenţial concurs pentru o cauză rareori evidentă.

Ne-am învăţat să fim răi şi să-i percepem pe cei din jur împovăraţi cu trăsături negative. Ne urcăm în lift cu suspiciozitatea că *celălalt, necunoscutul din preajmă*, ar putea oricând să-şi dezlănţuie pornirile agresive. Atunci când sună telefonul în miez de noapte, primul lucru ce ne trece prin minte este acela că suntem „victimele" unei farse stupide, că X sau Y dintre cunoscuţi – dominat de inconştiente sentimente de invidie – recurge la aceste tentative minore de a ne risipi liniştea spirituală. Am uitat să fim *buni*, să gândim prin prisma acelui univers comunitar, excluzând în mod deliberat din preocupări *mila* şi *îngrijorarea pentru semeni*. Poate că sunetul telefonului este o tentativă disperată de a comunica, de a cere ajutorul unui necunoscut, atunci când absenţa emoţională a propriei familii devine perceptibilă – expresia faptului că *undeva, departe, cineva suferă*.

Ne angajăm în competiţii absurde, cu adversari cunoscuţi sau imaginari, în care singurele calităţi ale posibililor parteneri sunt cele intelectuale, ca o iluzorie condiţie a câştigului într-o lume mecanică, în care creativitatea şi emoţionalitatea au pierdut teren. Liniştea interioară, blândeţea temperamentului, ingeniozitatea, căldura afectivă

şi empatia sunt înlocuite de căutarea ardentă a inteligenţei, rezolutivităţii, aptitudinii de a „te strecura prin viaţă" – până şi atunci când viitoarele mămici îşi aleg partenerii după criterii absurde în care pe primul (şi mult căutatul!) loc ce contează se situează QI-ul – ca premisă a conceperii unor copii deştepţi! Am devenit lipsiţi de spontaneitate şi predispuşi să acceptăm de-a gata dogme fundamentale, fără a le reanaliza sau a le pune la îndoială.

Deşi abia perceptibil, suntem, **totuşi**, înfrânţi de o culpabilitate *in status nascendi*, ce ne *sfâşie* sufletul între dorinţa de separare în cel mai individualist sens al termenului şi nevoia de uniune şi aderare la problemele fundamentale ale *celuilalt*. Maniera logică de a-i face pe oameni mai permeabili la suferinţa semenilor sau scopul ultim al *Decalogului* este aceea ca **fiecare să-şi „ceară" singur SCHIMBAREA** (D. Ernest, 1971). Ea este posibilă în virtutea funcţionalităţii cvasiumane a trinităţii denominative *BINE, ADEVĂR, FRUMOS*, căci, la urma urmei *„cras amet qui numquam amavit, quisque amavit cras amet"* (*„mâine să iubească cine n-a iubit niciodată, şi cel ce-a iubit azi, să iubească mâine!"*).

CAPITOLUL 5

Copilăria

Doamne-Doamne-i meşter Faur,
Sunt în lume un pitic,
Universul meu de aur:
Mami, tati, „mâţul“ mic.

Crezul meu să mă fac mare
Îmi răsună din dorinţi!
Rostul vostru, mi se pare,
Este să îmi fiţi părinţi!

5.1. De la paradigma copilăriei la „datoria“ *de a fi părinte*

Universul valoric ar trebui să fie centrat de ideea *creării* şi *perfecţionării* lui **Homo civitas** – „produs“ al societăţii, prin conştientizarea existenţei superioare, a autoactualizării, a moralităţii, rafinamentului şi calităţii (Ion Neacşu,1987). În ce măsură acest deziderat este actualmente atins – rămâne o întrebare insidioasă şi obsesivă, cu rădăcini în inconştientul personal şi colectiv, ce ne modifică *percepţia actuală* a **marilor adevăruri**. Concepte precum: *politeţea, altruismul, speranţa, libertatea, sănătatea* sau *fericirea* capătă un nou sens, prin prisma căruia răspunsul pozitiv la cea mai veche dilemă a umanităţii – **a face** *sau* **a nu face un copil** – capătă un alt înţeles. *Structura motivaţională* îşi reorganizează configuraţia – de la ideala *răsturnare* a *piramidei trebuinţelor*, în care împlinirea valenţelor latente devine argumentul fiinţării, şi până la acea *piramidă cu baza lărgită*, în care nevoile primare sunt trăite acut, când *a avea copii* este *„o pacoste“* – cuvinte rostite cu disperarea dictată de lipsa mijloacelor de subzistenţă.

Elementele realităţii copilului trezesc amintiri prin forţa pulsiunii transgenetice. El redeşteaptă traume, conflictualitate sau tristeţe nemotivată – atunci când trecutul revine sub formă de afect pur, adultul nefiind în stare să identifice cărui moment din starea sa de copil, cărei emoţii de altădată îi corespunde nostalgia nejustificată la contactul cu **rolul parental** (M. Bydlowski, 1998). Demisionarea din faţa acestei *„sarcini“* exprimă dorinţa de ***nematurizare,*** tot aşa cum dată fiind noua schimbare a statutului femeii, aceasta îşi doreşte poziţii egale cu bărbatul, iar atunci când din variate motive nu le obţine, îşi invocă propriul copil ca sursă a tuturor nerealizărilor, în paralel fiind frecvent *sentimentul de a fi o mamă ideală.* Este ciudat cum sunt înlocuite dăruirea şi căldura autentică prin nesiguranţă, frica de a nu greşi, atenţia exagerată şi impresia unei munci epuizante – graţie căreia micuţul este perceput ca *„dificil“*, frază frecvent reproşată acestuia în evoluţia sa ulterioară.

Copilul lui Creangă a dispărut... imaginea „vârstei fără griji“ fiind luată de asidua căutare a tehnicilor pedagogice ce ar putea asigura copilului o inteligenţă maximă, dublată de o vastă cultură – ca **sigură** şi **singură** *realizare* a unor părinţi obosiţi de a da piept cu viaţa...

„Timpul prezent" este din nou incriminat pentru a explica translaţia de la modelul *familiei tradiţionale, extinse,* la *familia modernă,* limitată la unul, maximum doi copii, în care părinţii înşişi induc cu prea multă uşurinţă sentimentul competiţiei, al egoismului şi rivalităţii, privându-l de satisfacţia experienţei de *a oferi,* când de fapt dezideratul oricărei educaţii ar trebui să-l constituie înlocuirea interdictivului *„a nu avea voie"* prin antrenarea în jocul dual **a primi – a dărui** – exerciţiu afectiv capabil a genera autentica trăire a *mulţumirii sufleteşti.* Timpuria maturizare emoţională a copiilor *„din ziua de azi"* – atunci când la nici şapte ani afirmă deprimant *„îmi oferi totul, mai puţin să stai cu mine!"*– ne face să conştientizăm cum părinţii se „aruncă" în „crâncene lupte" spre agonisirea *celor necesare* de tânăr, acest miraj al securizării prin *confort material* eludând aderarea totală la **bucuria de a fi părinte**. Astăzi totul se programează: momentul concepţiei, data naşterii, sexul copilului, în timp ce viitorul ingineriei genetice este reprezentat de posibilitatea alegerii caracteristicilor fizice (şi psihice!) ale acestuia – în virtutea unei greşite interpretări a ideii de planning familial, sub care se ascunde atât *nesiguranţa existenţială,* cât şi *dorinţa de putere.* Am pierdut spontaneitatea, imaginativul, aptitudinea de a fi inventivi şi capacitatea de **„a simţi clipa"**, de a fi recunoscători acelui **„hic et nunc"** oferit de ineditul unui copil ce *„vine pe lume"... nechemat.*

5.2. „M-am sacrificat pentru copilul meu"

Ajungem la o vârstă când copilăria rămâne doar o umbră a amintirilor noastre – moment în care încercăm, mai mult sau mai puţin conştient, să o regăsim simbolic în propria dorinţă de a avea copii. „Criza existenţei maturative" permite reconstrucţia personalităţii din perspectiva „primirii" micuţului, iar acesta păşeşte în viaţă încărcat cu toate dorinţele şi proiecţiile părinţilor săi. Acceptarea ideii de părinte se realizează gradual şi diferit la femeie faţă de bărbat. Să ne aducem aminte cuvintele lui Nietzsche, atunci când încerca să înţeleagă misterul de a fi mamă – *„la femeie totul este o enigmă, ce are o unică soluţie: sarcina"* (după M. Bydlowski, 1998). Din păcate, societatea modernă, dominată de negarea modelelor tradiţionale, a estompat femeii această *„necesitate",* ea reuşind să se considere profund împlinită moral şi social şi în absenţa copiilor. Totuşi, ideea prelungirii propriului Eu prin copil a rămas adânc înrădăcinată în inconştientul ancestral şi vine o vreme când *„nirvana sarcinii"* reprezintă actualizarea „speranţei" de a redeveni copil.

În primul moment, a fi însărcinată înseamnă pentru femeie, mai puţin a avea un copil, cât, mai ales, a fi ea însăşi copil şi a retrăi această bucurie originară printr-o invadare narcisică. Din această perspectivă, momentul naşterii constituie o pierdere ineluctabilă, iar frica despărţirii de bebeluş sau acea bine cunoscută teamă de a nu i se schimba copilul, traduc separarea de o parte a propriului eu. Stările depresive ce caracterizează primele zile postpartum pot fi depăşite mai uşor dacă îi este încurajat *narcisismul,* tot ceea ce ea face bine, acea „capacitate maternă" in status nascendi.

Un rol deosebit îl are mama tinerei fete în formarea *aptitudinilor* şi *deprinderii* de a fi ea însăşi mamă. Multe femei nu pot da viaţă primului copil decât la vârsta pe care o avea propria mamă când le-a dat naştere (M. Bydlowski). Este important modul în care mama îşi pregăteşte fiica pentru tot ce înseamnă momentul naşterii. Din păcate, sunt multe femei ce au rămas cu traume majore legate de această experienţă, mai ales

din cauza propriilor frustrări şi neîmpliniri ulterioare, sentimente negative pe care le transmit fără să-şi dea seama fiicelor în momentul în care acestea sunt pe punctul de a deveni mame. Am auzit frecvent femei ce le anxietau pe tinerele novice povestindu-le despre *„durerile cumplite, asemănătoare morţii, cum că nimic în lume nu poare fi mai periculos, cum le este primejduită sănătatea, fiind vorba de chinuri cumplite, de neimaginat".* Am întâlnit şi situaţii extreme în care se spunea că *„boţul de carne"* nu merită aceste sacrificii. Popular se spune că o dată cu expulzia bebeluşului toate durerile „au dispărut ca prin farmec", asigurându-se sănătatea psihică a noii mămici, de care depinde liniştea şi echilibrul sufletesc al copilului. Acele mame ce după mai bine de douăzeci de ani îşi amintesc cu groază de *„ţipetele naşterii" în care invocau medicul „să le scape de* ***propriul*** *copil"* au majore probleme legate de **propria** identificare, de **propriile** conflicte nerezolvate, de autentica iubire şi dăruire de sine şi, mai ales, de problema acceptării **bărbatului** şi a rolului primordial al acestuia în viaţa emoţional-afectivă a familiei. Din păcate, această dramă a propriilor traume loveşte crunt şi pentru a doua oară, exact acel copil (mai ales atunci când este vorba despre o fetiţă) ce a fost fără voie sursa anxietăţilor sale. Aceste cazuri sunt din ce în ce mai frecvente în zilele noastre, când s-a shimbat rolul dominant al femeii în societate. Copilului îi sunt transmise toate reproşurile şi toată energia negativă asociată cu „sfaturi" disperate de tipul: *„să nu faci copii, că-ţi vor distruge viaţa şi nu te vei mai putea realiza, uite-te la mine...",* neomisă fiind ideea sacrificiului pentru micuţ.

Pentru ca totul să se desfăşoare normal, natural şi firesc, tânăra femeie are nevoie de suportul moral şi afectiv al mamei sale, de cuvinte blajine şi mai ales de încurajarea explicită legată de experienţa pozitivă a maternităţii, deoarece **a naşte** înseamnă *a recunoaşte amprenta mamei în „construirea" propriei personalităţi.* Poate de aceea, singura femeie căreia o mamă îi poate încredinţa copilul fără gând ascuns este mama sa idealizată. În inconştientul fiecăruia, viaţa nu este un cadou gratuit, ci poartă în sine cerinţa de a înapoia. Privit prin acest unghi, prin primul copil o femeie îşi „plăteşte" datoria faţă de propria mamă (M. Bydlowski).

Dincolo de perceptele religioase, avortul reprezintă nu numai uciderea copilului, ci mai ales uciderea dorinţei de a fi mamă şi totodată uciderea simbolică a propriei mame. Este vorba de o fericire iluzorie asociată cu menţinerea intactă a narcisismului tinereţii, alături de refuzul de a se înscrie într-o filiaţie prin nerecunoaşterea datoriei de a fi părinte. Am cunoscut femei ce „se lăudau" cum au făcut zece avorturi şi *„uite, copilul-în-sfârşit-născut ce plin de calităţi este!",* ca şi cum acesta ar trebui să „plătească" prin realizările sale tot ce ar fi putut oferi mamei ceilalţi zece copii nenăscuţi. Am întâlnit mame ce povesteau fetiţelor de opt-nouă anişori despre posibilii frăţiori ce au sfârşit în avorturi ulterior regretate şi pe care îi vor regăsi mai târziu în lumea îngeraşilor. Există femei pentru care avortul este doar o încercare de verificare a „bunei funcţionări", pusă sub semnul întrebării de eficacitatea contracepţiei; este „tributul" ce trebuie plătit pentru *„a fi femeie" – în cel mai general sens al termenului.* Atunci când imaturitatea sexual-afectivă şi socială nu permite transcenderea personalităţii prin experienţa maternităţii, multe femei sfârşesc o sarcină inconştient dorită printr-un avort, trăind ulterior sentimentul unei „plenitudini" de „a fi femeie", ca şi cum avortul ar fi o traumă obligatorie în maturizarea feminină.

A fi părinte nu este *o obligaţie,* nu este *un sacrificiu,* nu este *un merit,* este o experienţă ce se învaţă în permanenta interacţiune a vieţii de cuplu, este ceva firesc, ce vine ca de la sine şi se petrece **pur şi simplu**. Ideea sacrificiului pentru propriul

copil aduce cu sine, dincolo de frecvent invocatele frustrări materiale, frustrări afective de netrecut, experienţe ce se vor răsfrânge peste ani în viaţă, exact asupra acelui copil căruia i-au fost „dăruite".

5.3 Paternitate biologică – paternitate simbolică

Este bine cunoscută starea psihică particulară a femeilor însărcinate, a cărei trăsătură princeps este instabilitatea emoţională. Aceasta este numai parţial justificabilă prin argumentele fiziologice, corelatele psihice, mai ales cele inconştiente, fiind centrale în explicaţie. Femeia *este răsfăţată* din toate părţile – în primul rând de soţ (căci acum este momentul de a-i cere tot ce-şi doreşte!), de părinţi, de colegele de serviciu ce-şi aduc aminte cu nostalgie de propriile sarcini şi-şi redeşteaptă dorinţe materne protective faţă de tânăra novice, chiar şi de cadrele medicale la scurtele întrevederi periodice. Este o stare particulară de **bine** pe care cei din jur se străduiesc s-o creeze, parţial pentru a compensa micile probleme şi disconfortul somatic inerent, parţial din concepţia populară *„bucură-te acum, căci după ce vine bebeluşul treci pe locul doi!"*. Labilitatea provine din chiar această idee ce devine sursa unei anxietăţi a stăpânirii de sine, deoarece sarcina este o perioadă de conflictualitate.

Copilul este în acelaşi timp *prezent* şi *absent*, neputând fi reprezentabil decât fantasmatic. În aceeaşi măsură, viitoarea mămică nu se poate imagina pe sine în ipostaza *dăruirii totale, deoarece această experienţă îi este momentan străină.* Maternitatea este ceva ce se învaţă şi vine de la sine, orice încercare de „construcţie" anterioară putând stârni anxietatea pentru o femeie sensibilă şi hipercorectă. Gândurile sunt nostalgice şi centrate pe copilul care a fost cândva viitoarea mămică, atitudine pe care o putem numi *trasparenţa psihică datorată sarcinii* (M. Bydlowski, 1998). Acum femeia îşi aduce aminte, mai mult ca niciodată, de mângâierile propriei mame, de jucăria preferată, de culorile plăpumioarei şi de nopţile în care somnul îi era privegheat. În virtutea acestor rememorări puternic evocate, *fragilizarea* psihicului o face să-şi modifice comportamentul, cerând parcă protecţie şi accentuându-şi acroşajul faţă de cei dragi.

Nu acelaşi lucru se întâmplă însă cu soţul. Mai în glumă, mai în serios, este frecventă ideea că bărbatul nu este suficient de matur la naşterea primului copil. Dacă cel mai frecvent femeia simte că **a câştigat** prin bebeluşul ce tocmai a venit, bărbatul simte că **a pierdut** *ceva*, fără a-şi putea da seama ce – probabil acel a trebui să-şi împartă cu micuţul dragostea soţiei, pe care o considera ca o proprietate absolută. El se simte oarecum exclus, văzând în grija mămicii pentru prunc momente de intimitate faţă de care trăieşte o gelozie stranie. Încă din timpul sarcinii, separat de corpul copilului ce se va naşte, bărbatul tinde să ia distanţă, mai ales că soţia este protejată permanent, în timp ce lui i se cere numai **să ofere** (afecţiune, sprijin, suport moral şi, nu în ultimul rând, material). Procedând astfel, viitorul tată contribuie la propria excludere (M. Bydlowski).

Fără a încerca să generalizăm, situaţia anterior prezentată se referă la bărbaţii pentru care dorinţa de a avea un copil se formulează prin dorinţa partenerei, la care el nu face decât să consimtă. Comportamentul ulterior, fuga în nonpaternitate exprimă „speranţa" de a rămâne un *fiu perpetuu.* Din această perspectivă regresivă, *nu ar*

exista loc pentru doi copii în preajma unei singure femei, sau, în orice caz, copilul ***autentic*** *ar primi mai mult.*

Concepută astfel, problema paternităţii rămâne o ecuaţie psihică, deoarece prin copil se exprimă *nevoia regăsirii*, el reprezintă *reuniunea, liantul, factor de dragoste, atât pozitiv cât şi negativ,* ***identificare narcisică****, dar şi* ***separare***. Dezvoltarea dorinţei de a avea un copil depinde pentru bărbat de propria sa dezvoltare afectivă. Copilul este *obiect* absolut pentru femeie, nu şi pentru bărbat, motiv pentru care, opus faţă de ceea ce înseamnă *„a învăţa să fii mamă"*, esenţa paternităţii rezidă într-un proces de gândire. O dată cu acordarea numelui, copilul este înscris într-o veritabilă datorie a vieţii printr-o filiaţie. Paternitatea simbolică urmează paternităţii biologice (dată de certitudinea *„e al meu!")* şi celei narcisice *(*exprimată prin *„mă recunosc în copil!").* Ea funcţionează inclusiv în adopţie – când părintele afirmă fericit *„are gesturile mele!"*, mai ales că întotdeauna există raţiuni narcisice pentru care dintr-un orfelinat alegi un anumit copil. De multe ori, compensator pentru această excludere fizic percepută, apare inflaţia filiaţiei masculine sau fantasmele paternogenetice, frecvente la arabi şi patriarhali, pentru care femeia nu este decât un receptacul.

Pentru bărbat, primul moment în care începe construirea *ideii de tată* este atunci când soţia îi anunţă prezenţa sarcinii. Pentru a putea face faţă evenimentului **în cel mai bun mod cu putinţă**, îşi susţine Eu-l fie prin raportare la propriul tată, fie – atunci când acesta a fost absent afectiv – la propria ascensiune profesională. Momentul naşterii exprimă confruntarea reală cu copilul şi sexul acestuia. Ulterior, la prima adresare relaţională a micuţului, tatăl simte **autentificarea funcţiei parentale** (după M. Bydlowski).

5.4. „A învăţa" să fii mamă

„Dorinţa de celălalt" este, poate, sentimentul cel mai specific uman, încărcat cu toate aşteptările propriei copilării. Aceasta poate explica de ce atunci când fiecare ajunge la vârsta procreerii *îşi alege în mod unic partenerul cu care doreşte să aibe copii.* Ideea de *tată unic* nu este singulară, frecvent fiind întâlnit şi reversul, atunci când un bărbat îşi doreşte copii *cu o anumită femeie. Micuţul* este ca o pagină albă, pe care se înscriu prin identitate proiectivă toate fantasmele părinţilor, constituindu-se o adevărată ecuaţie psihică în care bebeluşul are o dispoziţie aparte de a resimţi atât afectele pozitive, cât şi pe cele negative. Cheia sănătăţii psihice a unui copil ţine de **rezonanţa afectivă** stabilită cu părinţii, deoarece interacţiunea dintre aceştia *„este ca un dans în care fiecare face paşii săi".*

Oboseala, insomnia, anxietatea, într-un cuvânt, ritmul maternal, rapiditatea şi consecvenţa cu care mama se mobilizează la „chemare" sunt într-o mare măsură dictate de rememorarea propriilor conflicte infantile, căci elementele realităţii copilului trezesc amintiri datorită încărcăturii lor transgenetice (M. Bydlowski, 1998). De aceea, în pregătirea psihologică a femeii pentru naştere şi pentru primele zile petrecute alături de bebeluş, trebuie să se ţină cont de narcisismul ei – de tot ceea ce înseamnă EA ca fiinţă, căci viitoarea mămică nu este doar „o căsuţă", ea se implică *prin cele mai adânci rădăcini ale unui Eu fragilizat de situaţia fiziologică particulară a sarcinii.* Poate acesta este motivul pentru care multe femei, la scurt timp, nu-şi mai amintesc aproape nimic din primele cinci-şase luni de viaţă ale copilului sau au amintiri vagi, „ca prin ceaţă".

Traumatizate de propriile copilării îndepărtate, sunt dominate de spălatul sisific al unor lucruşoare oricum curate, de sterilizarea obsesivă a biberoanelor, de atenţia exagerată faţă de orice zgomot ce ar putea perturba visele micuţului. Am întâlnit mămici atât de îngrijorate de somnul pruncului, încât îl supravegheau permanent, sensibile la fiecare răsuflare, iar când în sfârşit acesta adormea, îl trezeau fără voie – dintr-o teamă inconştientă de a nu se întâmpla ceva rău atunci când micuţul este liniştit.

În cazul acestor mame, peste ani în viaţă, rămâne sentimentul de a se fi sacrificat pentru copil, dublat de ideea că sunt mame ideale, prin curăţenia şi hiperatenţia acordate. În paralel, dacă întâmplător fac o comparaţie cu modul în care *„vecina"* şi-a crescut copiii, fie îşi exacerbează sentimentul de a fi exemplară, toate *celelalte* devenind superficiale şi dezinteresate, fie ajung la concluzia că *au avut un copil rău.*

Normalitatea, centrată de experienţele realităţii, arată că de fapt primele luni ale bebeluşului sunt cele mai uşoare, deoarece la *cerinţele* acestuia răspunsurile ar trebui să fie mai mult non-verbale, mimico-gestuale şi profund încărcate de linişte. Atâta timp cât un copil sănătos din punct de vedere somatic primeşte suficient lapte, majoritatea problemelor care se descriu ca frecvente acestei perioade sunt de fapt proiecţia anxietăţii şi neînţelegerilor dintre părinţi. Mult descrisele colici, în care mămica disperată nu ştie ce medicamente sau ceaiuri să administreze, se „rezolvă" ca de la sine, atunci când copilul este luat în braţe şi mângâiat, când i se acordă atenţia bine-meritată. Aceasta, cu atât mai mult cu cât „crizele" apar în momentele de tensiune afectivă şi încordare din familie sau atunci când părintele însuşi este obosit, nemulţumit, nesigur şi stresat.

O altă problemă întâlnită la tinerele mămici, ce se prezintă la doctor pentru agitaţia bebeluşului, este creată de o alimentaţie necorespunzătoare prin laptele de sân. Medical gândind, cazurile de hipogalactemie autentică sunt extrem de rare, motiv pentru care încă din maternitate este puternic susţinută alimentaţia naturală, atât din cauza superiorităţii dată de prezenţa anticorpilor, cât şi datorită puternicului liant afectiv ce se creează în timpul suptului. Am întâlnit o pacientă, profesoară de matematică, mamă a doi copii, ce le povestea celorlalţi cum *senzaţiile încercate când a avut copilaşii la sân constituie cel mai înălţător sentiment.*

Din păcate, o dată cu „emanciparea" femeii, în inconştientul acestora apare din ce în ce mai frecvent refuzul alăptării din motive extrem de variate, începând cu teama de a nu-şi strica sânii şi terminând cu ideea că sunt „legate" de un program ce le-ar îngrădi libertatea (gândire ce provine fie dintr-o insuficientă maturizare, fie din realele probleme economice actuale, legate de dificultatea de menţinere a locurilor de muncă pentru femeile aflate în concediu de maternitate, în ciuda legilor de protecţie socială). Indiferent de aceste motive, în sufletul celor în cauză se duce o aprigă luptă deoarece conştient îşi doresc alăptarea, interiorizând argumentele medicale şi psihologice, dar cu toate acestea, trăirile inconştiente sunt mai puternice. Rezultatul este *un chin,* deoarece acţiunea mecanismelor nevrotice inhibă secreţia – laptele nu este suficient, copilaşul suge cu disperare, provoacă ragade, femeia suferă când îşi vede sânii distruşi, mai ales că ea face eforturi pentru a putea controla situaţia.

O greşeală intervenţională majoră din partea terapeutului, care în majoritatea cazurilor de acest gen este medic, ar fi să acuze o astfel de mămică, mai ales că în cursul unei grăbite întâlniri într-un cabinet de pediatrie sunt foarte greu de bănuit problemele profunde, traumele şi frustrările celei în cauză şi cât îi este de greu să facă

față rolului de părinte. Am întâlnit o doctoriță cunoscută, șefă de secție, ea însăși mamă și, de altfel, un renumit terapeut, care amenința mămicile cu refuzul de a le mai consulta copilașii, dacă nu-i sunt respectate principiile cu privire la alimentația naturală.

În astfel de situații trebuie gândit din perspectiva a ceea ce este mai bine, *inclusiv* pentru mamă, căci de calmul ei sufletesc depinde echilibrul copilului și, în multe situații, inclusiv modul în care acesta ia în greutate. Cea în cauză trebuie susținută și încurajată cu ideea că dacă îi va da bebelușului lapte praf – integral sau în completare, nu înseamnă că își iubește mai puțin copilul, ci că *în situația ei particulară – aceasta este soluția ideală*. Ea trebuie deculpabilizată de vina pe care singură și-o atribuie și, odată realizat acest pas, dublat de liniștirea micuțului ce se simte în sfârșit sătul, s-a recâștigat un mare pas în „homeostazia" familiei, mai ales că în multe cazuri aceste femei sunt învinuite inclusiv de soț, care nu le consideră „mame suficient de bune".

O astfel de gândire din partea unui medic pediatru arată o pregătire interdisciplinară complexă și o cunoaștere profundă a mecanismelor psihologice feminine, completată de o aptitudine psihoterapeutică suportivă înnăscută.

5.5. Traversarea și „urmele" complexului oedipian

Complexul oedipian este unul dintre cele mai cunoscute *fenomene psihologice* la care se face apel în limbaj comun pentru a explica diferite *probleme* apărute în viața afectivă a unui cuplu, pe care – în absența acestor *perturbări emoționale* ce vin „pe negândite" (deoarece paradoxală este „infiltrarea" lor insidioasă) – l-am fi categorisit ca *ajuns la maturitate*. Ceea ce ne determină să aprofundăm această dimensiune cu rădăcini mitologice este utilizarea peiorativă a terminologiei psihanalitice, fără a i se cunoaște importanța în influențarea homeostaziei sensibilității sufletești. Cu siguranță că atunci când auzim pentru prima dată despre universalitatea funcționării complexului oedipian – entitate în jurul căreia s-a brodat o întreagă literatură cu epiloguri triste – reacțiile sunt de la surprindere la un sentiment vag, imprecis – de rejecție, concordante cu propria dezvoltare afectivă a copilăriei. Și totuși, această **realitate psihică** este una dintre cele mai evidente, chiar și pentru cei neavizați.

Apropierea de sufletul copiilor presupune stabilirea unei modalități cât mai autentice de relaționare – acea cale sigură de a pătrunde împreună în viața lor simbolică, deoarece până la cinci ani jocul se împletește cu adevărul, iar inconștientul este *atât de superficial...* aproape „palpabil". Curiozitatea sexuală se combină cu fantasme și reverii ce o privesc pe mamă, dar se și raportează la arhetipul sexual masculin – ca exponent al puterii ce *determină* și *suscită* transformismul, dar păstrând în el aspectul imuabil al ființei și ființării. Frustrările și *contorsionările* sufletești ce se înscriu în paleta largă a ceea ce medicii și psihologii numesc *traversarea perioadei complexului oedipian* creează **ambiția** – ca sentiment ce se va „cizela" ulterior și va fi motorul psihologic al competitivității. Comportamentul de *îndrăgostit*, rivalii suplimentari – frații și surorile, lupta emoțională „deschisă", exprimarea seductivă a sentimentelor se petrec firesc și au doza lor de „necesar" în mobilizarea libidoului în serviciul unui Supra-Eu obiectiv (după F. Dolto, 1993).

Fetița unor prieteni îl *iubea* pe Bimbo – o combinație între păpușă și arlechin, dar care în mod sigur (și Liviana, la numai patru anișori, știa acest lucru!) vroia să

desemneze un băiețel. La întrebarea mea (ce-i drept cam „agresivă"!): *„Tu te măriți cu Bimbo?"*, răspunsul a venit fulger, întorcându-mi o doză suplimentară de răutate, dictată de lipsa mea de „cunoștințe": *„Eu, când mă fac mare, mă mărit cu tati și el mă va duce într-un castel!"*. Mami ieșea cu totul din acest itinerar, iar la insistențele mele, micuța însăși a remarcat că *o uitase* din *planurile sale*. Și nu de puține ori, vedem „mici prințese", ce-și utilizează întregul arsenal de care dispun la nici trei ani – de la cel mai dulce *„v'eau"* la accesoriile vestimentare și trusa de machiaj *„a lui mami"* spre a-și seduce tăticul, care „cu greu" se lasă convins să mai cumpere (pentru a patra oară!) mult visata înghețată. Să nu uităm comportamentele puștilor *răsfățați*, care intră în luptă „deschisă" cu tatăl – îl omoară în joacă, proclamându-și „supremația" și sperând să devină (loc, de altfel, certamente ocupat!): *„number one"*.

Experiențele micii copilării – într-o familie matură și echilibrată, în care părinții și-au depășit nemulțumirile, reușind să fie suport empatic pentru fragilele făpturi ce pășesc în „sanctuarul" educației – rămân glume nevinovate, de care se va râde cu poftă cândva, acel refugiu de energie nervoasă, necesar clipelor grele de mai târziu. Necazul se întâmplă când adulții, „împovărați" de propria nesiguranță, de lipsa căldurii securizante demult refuzată, *greșesc fără voie* pavându-le celor mici calea dezamăgirilor. Putem reformula axioma hamletiană a umanității – valabilă în universul infantil ca dogmă inconștient statuată *„a fi simultan al* ***ambilor*** *părinți"* – sintagmă suficientă spre a ne convinge cum inteligența copiilor o depășește pe cea a „oamenilor mari", atunci când în pragul unei înfățișări la divorț micuțul cade, se lovește traumatic, face febră mare sau o severă boală infecțioasă, ce necesită o neapărată și urgentă spitalizare.

Și dacă n-ai fi psiholog, și tot te-ai gândi intens – *unde este limita perceptibilului pentru o minte de trei anișori? Cât de profund sesizabilă este drama traversată?...* **Nevoia de completitudine parentală** este atât de însemnată, încât se poate opune instinctului de supraviețuire? Aici să fie, oare, urmele masochismului de mai târziu?... *Rușinea?... Vinovăția?... Timiditatea?...* Și mamaie ce povestește „cu interes" vecinei: *„Eh!, săracu', uite-l, a rămas fără tată, da' las' că-i mai bine așa, că era un nenorocit!"*. La timidele apostrofări ale celor câțiva mai atenți la fața împietrită a puiului, completarea nu întârzie: *„E mic, dragă, ce crezi că știe el!? Până merge mâine – poimâine la grădiniță, a și uitat!"*. Cele petrecute sunt cu atât mai grave cu cât punctele de fixație survin într-o etapă a existenței plină ea însăși de constatări deprimante insurmontabile. La trei – patru ani *se descoperă moartea* (F. Dolto). Parcă spre *a învinge*, copilul se joacă de-a ucisul din ambiție și atotputernicie, ceea ce-i îndreptățește pe cei din jur să afirme „triumfători" că *„Uite cum face față, și taică-su' e plecat de cinci luni!. Nici nu și-l mai amintește!"* Și pentru ca totul să fie „mai ușor", i se cere, eventual, *„să stea cuminte și să nu se mai fâțâie"*, când bunica este atât de ocupată în a le relata cunoștințelor prin ce stres au trecut. *„Dar acum, e foarte bine!"*. Imortalitatea corporală impusă este resimțită ca sadică, în timp ce tăcerea și nemișcarea devin o mutilare dinamică îndurată (F. Dolto).

Din rândul acestora vor apărea acuze legate de dinamica sexuală normală și încă de la prima relaționare terapeutică ne „lovim" de **introspecția** crescută, ce ține de un anume fel inhibitiv de a gândi. Acestor subiecți le vor lipsi raționalitatea și obiectivismul, amplificând problemele, în detrimentul unei modalități rezolutive, reevaluându-și sistematic *valorile* și distrugând simbolic tot ce *a fost iubit*. Cei din jur sunt convinși că

micuțul nu sesizează violențele intrafamiliale, interdicțiile absurde rezultate din iritabilitatea și disperarea unei mame nefericite sau evidentele diferențe față de prietenii de joacă ce se pot refugia oricând într-o solidă armonie parentală.

Are și bunica – ce vrea să-și verse focul – dreptatea ei – **uităm** – ***Dar care e prețul?*** Privim conduita adolescenților la primele contacte interpersonale mai serioase. Un tânăr îngâmfat, căruia nici o domnișoară nu-i este pe plac, sigur pe sine, încrezător și „rece" la „avansurile" erotice. Fetița premiantă, care s-a îndrăgostit *de cine nu trebuie*, sistematic părăsită, și reluându-și durerea „de unde tocmai a lăsat-o", în timp ce prietenii își dau coate: *„O fată așa frumoasă și deșteaptă! De ce s-o fi băgând în tot felul de relații proaste?"*. În timp ce o alta, mai „modest" înzestrată de soartă „învârte băieții pe degete", și dacă *ceva nu merge*, atunci negreșit *altcineva e de vină, nu merita să-și „piardă timpul"*, și-apoi, uite, *tocmai trebuie să plece cu mami, tati și surioara în străinătate! Ca să vadă și el ce-a pierdut!*

Conștientizarea prematură a dramelor vieții într-o atmosferă de culpabilitate aduce prejudicii ***dezvoltării***, iar ulterior, multe intervenții aparent anodine ale adulților, pătrunzând în imaginația copilului, au valoare de *interdicții*. Băiatul constată cu stupoare că nu-și poate învinge tatăl prin nici un succes meritoriu și se situează aprioric într-o dureroasă și nejustificată inferioritate, refuzându-și afirmarea, în aceeași manieră în care părintele a reușit să-i inhibe orice dorință de asumare a riscului. O mamă lipsită de feminitate și căldură nu reușește să fie un suport pentru fetiță în depășirea tulburărilor angoasante generate de un eșec, iar la solicitările mai puternice ale lumii exterioare – reacțiile pot îmbrăca forma unei simptomatologii nevrotice. Fixația maternă se poate prelungi prin frigiditate, neacceptarea propriului sex, depresie marcată la încheierea oricărei legături sentimentale dublată de angoasa de a fi părăsită, precum și de o excesivă *nevoie de **a câștiga*** (după F. Dolto).

Normalitatea este atunci când în raport cu orice respingere subiectivă se salvează Eu-l. Faptul este posibil, dacă fazele dezvoltării sensibilității au fost parcurse corect, complexul oedipian având-și rolul său de viitor apărător al personalității. În familiile centrate de evoluția firească și naturală a lucrurilor, rezolvarea survine ca de la sine, copilul retrăgându-se din „rivalitate" prin asemănare cu părintele de același sex. Tatăl, fiind o figură *marcantă*, este investit cu o mare admirație. Fetița se apropie tot mai mult de mamă, căreia îi preia necondiționat gusturile pentru modă, artă, frumusețe și dans. Necesitatea unui model pertinent este crucială, tot așa cum constituie o artă a ști care este *distanța optimă* până la care este bine ca micuțul să-ți semene, pentru a nu cădea în ispita identificării narcisice în copil. Acesta trebuie să depășească acele cupluri antagonice legate de investiri arhaice, astfel încât complexul oedipian să se disocieze progresiv și complet, tabu-ul lui rămânând undeva obscur, în imaginar. Dacă apar „accidente" în echilibrul psihic, anii următori vor fi punctați de neîncredere – ce se întinde de la lipsa cuceririi independenței profesionale la neasigurarea libertății intime. Nelichidarea complexului corespunde cu căutarea satisfacțiilor egocentrice și creează momentul de formare a conflictelor nevrotice interioare.

Sexualitatea sănătoasă are ca scop acel ***a fi fericit***, ce se măsoară sub două aspecte: pe de-o parte, activitatea erotică fiziologică, iar pe de alta – purtarea afectivă față de cel iubit. Dacă unul dintre filoni lipsește în real, apar fantasmele – ca unitatea ce contorizează *vârsta emoțională* a subiectului.

5.6. Anxietatea copilăriei – a fi sau a nu fi acceptat

Psihicul uman se susţine pe domeniul învăţării, având temeiuri ereditare, motiv pentru care putem considera că viaţa unui copil este o carte deschisă la experienţă, în care dorinţa principală a educatorilor şi, în final, a copilului însuşi, este de a se adapta la cerinţele părinţilor, ale şcolii, ale prietenilor cu care relaţionează şi, nu în ultimul rând, ale societăţii însăşi (după I. Neacşu, 1992). Pentru realizarea acestui deziderat este necesar ca influenţele educaţionale majore – reprezentate de şcoală şi familie – să fie concordante cu mediul socio-cultural informal în care copilul îşi petrece timpul liber. O contribuţie majoră la atingerea performanţelor espectat pentru un elev o are climatul afectiv, bine cunoscute fiind efectele asupra copiilor de 8–12 ani date de divorţul părinţilor, de pierderea unuia dintre aceştia sau, uneori, chiar de dispariţia unui bunic de care erau extrem de legaţi.

Aceste psihotraume sunt pe larg studiate de literatura de specialitate. Ceea ce nu se cunoaşte sunt influenţele negative asupra dezvoltării emoţionale a copiilor date de incidente mai puţin traumatizante, dar care, pe fondul unei insecurităţi existenţiale şi al temerii de a nu fi acceptat, marchează esenţial dezvoltarea ulterioară a celui în cauză. Este vorba de copii ce locuiesc alături de familie, de multe ori în educaţia acestora intervenind şi bunicii, dar care, totuşi, trăiesc dureroase experienţe emoţionale din cauza unor greşeli cu gust amar ale unor părinţi neavizaţi şi cu adevărate probleme de acceptare a propriului EU. Din dorinţa de a analiza aceste situaţii, trebuie să ne întoarcem în trecut, spre a studia motivele inconştiente ce i-au determinat pe aceştia să adere la acel îndemn morganatic de ***a fi părinte***.

De multe ori sarcina, în special pentru mamă, dublată de neliniştea şi nerăbdarea întâlnirii cu bebeluşul, stârneşte un aflux excesiv de excitaţii în raport cu toleranţa şi capacitatea sa de a se stăpâni. Multe femei îşi doresc un copil din speranţa de a se regăsi **pe sine** în viitoarea fiinţă sau de a o putea „modela" exact aşa cum şi-ar fi dorit ea însăşi să-i fie construită personalitatea. Astfel, cea în cauză ajunge să-şi imagineze un copil ca pe o *clonă* sau, respectând metafora uneia dintre aceste mămici, *„îmi vedeam fetiţa ca pe propria prelungire şi nu puteam concepe că ar fi prin ceva diferită de mine"*. Ca urmare, micuţului îi este *„ursită"* încă dinaintea venirii pe lume o anume traiectorie în care îi este înscris să repare greşelile părinţilor şi să reuşească în viaţă exact în situaţiile şi domeniile în care aceştia au eşuat. Copilul astfel conceput nu trebuie să aducă părinţilor bucurii *oarecare* sau bucurii pe care are dreptul singur să şi le aleagă, ci **numai** acelea pe care ei au avut neşansa de a nu li şi le putea împlini.

În astfel de familii, întâlnim frecvent acei „educatori" permanent nemulţumiţi de rezultatele propriilor copii, în permanenţă dorind mai mult, şi mai mult şi mai mult... Părinţi pentru care fetiţa sau băieţelul vecinului, modelele de la televizor sunt întotdeauna mai preţioase, întotdeauna oferite drept exemple în virtutea unei greşite interpretări a ideii de a *stârni în copil dorinţa de concurenţă*. Desigur că la aceste vârste fragede funcţionează atât *motivarea pozitivă* (în care micuţul este lăudat şi primeşte recompense pentru micile sale realizări), cât şi *cea negativă* (când nu i se mai cumpără jucăria preferată dacă rezultatele şcolare nu sunt mulţumitoare) şi este de asemenea bine ca cel în cauză să fie ajutat în alegerea unui model – ca imagine dorită spre care

trebuie să tindă... Dar aceasta este cu totul altceva decât a-l critica şi a-l face sistematic să se simtă inferior în comparaţie cu dorinţele conştiente sau inconştiente ale mamei sau tatălui.

Am întâlnit de curând o mămică fascinată de lumea „Tip-Top, Mini-Top" şi care nu se putea simţi pe deplin mulţumită trăind sentimentul maternităţii doar pentru sine... Fetiţa ei căpăta o *„adevărată"* valoare numai după apariţia pe scenă, când mămica îşi vedea împlinite astfel propriile nostalgii narcisice. Micuţa, de altfel extrem de frumoasă, talentată şi îmbrăcată modern, nu a corespuns însă „pretenţiilor" regizorilor. În momentul în care a aflat că este respinsă, la numai cinci anişori a fugit printre maşini, cu ochii în lacrimi şi cu durere în suflet, căci la această vârstă copiii nu au nici măcar noţiunea unei competiţii perfecte, darămite posibilitatea de a înţelege subiectivităţile pe baza cărora se fac alegerile în lumea relativă a scenei.

În preşcolaritate, singura logică este aceea afectivă, în care cea mai mare dramă este **a fi** sau **a nu fi acceptat**. Cu toate că acum puţin sunt cei care într-adevăr îşi doresc ei înşişi să fie *„mici vedete"*, mulţi părinţi îşi duc copiii la televiziune şi îi obligă să trăiască anxietaţi pe care adulţii nici măcar nu şi le pot imagina, doar pentru propriile satisfacţii. Ceea ce nu înţeleg aceşti părinţi este că un copil îşi doreşte din tot sufletul **să fie iubit** *„de mami şi de tati"* pentru tot ceea ce reprezintă el ca fiinţă, ca potenţial, căci viaţa este un pariu cu sine însuşi, în care, dacă în copilărie îi este asigurată securitatea psihică de care are atâta nevoie, mai târziu va şti cu siguranţă **să câştige**.

5.7. Copilul şi identitatea sa proiectivă

Folosim în lumea „modernă" cu destulă uşurinţă termenul de **personalitate** – spunem că *X* sau *Y este un individ cu personalitate*, vorbim cu nonşalanţă despre **propria** personalitate sau auzim din ce în ce mai frecvent afirmându-se despre *cutare* individ – din lumea interlopă – cum că ar suferi de o *tulburare de personalitate*. Cuvântul în sine ne impresionează, are o marcată încărcătură afectogenă şi, parcă, include în sine **sentimentul puterii**. Ne mirăm cum părinţii, ca şi cum ar vrea să-şi extindă şi să-şi exacerbeze propria personalitate, transferă asupra copilului calităţi imaginare ce i-ar putea conferi acestuia o poziţie privilegiată în şcoală, în cercul de joacă sau, mai ales, când este comparat cu copiii prietenilor apropiaţi. Atunci, *mămica* sau *tăticul* exclamă cu mândrie: *„copilul meu are personalitate"*. Din punct de vedere strict psihologic, **personalitatea** de-abia *se schiţează* în copilărie, urmând să fie *pe deplin cristalizată* în anii ce marchează trecerea de la adolescenţă la maturitate, ceea ce ne face să credem că astfel de expresii nu justifică decât o încercare *timidă* a copilului (deşi de multe ori interpretată de părinţi drept *încăpăţânare*) de a-şi construi propria identitate, fapt de altfel îngreunat de „copleşitoarea" personalitate a părintelui ce şi-a construit deja un set rigid de cerinţe în raport cu firava fiinţă în formare.

Construirea identităţii psihologice a copilului nu se poate realiza în afara unui climat familial de acceptare mutuală, mai ales că la vârste fragede *personificările fantasmatice* joacă un rol esenţial, căci micuţul nu relaţionează cu părinţii *„aşa cum aceştia sunt în realitate"*, ci *„cu părinţii aşa cum el îi percepe"*. Modelarea personalităţii ar trebui să se realizeze sub directa atenţie a celor mari, numai că de multe ori aceştia au aspiraţii disproporţionate în raport cu posibilităţile reale ale copilului – situaţie care se finalizează de multe ori prin distorsiuni de-a dreptul caricaturale, când în vizitele „de

duminică" la rude sau prieteni micuțul *mult lăudat de părinți – cum la vârsta de cinci anișori întreabă despre infinit și lucrează cursiv la calculator – se manifestă de fapt în granițele vârstei, limitându-se la redarea unor banale poezii.*

Mai dramatice sunt situațiile în care copilul, provenit dintr-o familie cu părinți și bunici de excepție, prin *combinări genetice neștiute* sau *factori teratogeni ce au acționat asupra organismului matern în cursul sarcinii*, este înzestrat, din păcate, cu o inteligență de nivel submediu. Am întâlnit o mămică – renumită doctoriță, cu cărți publicate, titlu universitar și supraspecializări – al cărei băiețel cu greu făcea față sarcinilor școlare pentru clasa a doua. După multiple vizite la psihologi, psihiatri infantili și pediatri, după epuizarea medicamentelor din gama psihotropelor (cărora un medic le cunoaște cu siguranță limitele!), după certurile, reproșurile și răutățile adresate copilului – *care nu se străduiește destul!* – **a învățat** *să-și coboare aspirațiile* și să se bucure de calitățile micuțului *așa cum este el în realitate*, deoarece continua raportare la imaginea ideală formată pentru copilul dorit i-ar produce o permanentă suferință. O terapie inițiată într-un asemenea caz este dificilă, deoarece *realitatea intelectuală a copilului* funcționează ca o **traumă narcisică** pentru o femeie autentic realizată profesional și admirată social. Centrală este pedalarea pe aspectele pozitive ale **sufletului**, încercând pe cât posibil excluderea obsesiei pentru *coeficientul de inteligență*. Băiețelul era, de altfel, sensibil, evident atașat de mamă, cald, afectuos, ascultător, atras de studiul naturii și care se străduia din răsputeri să nu-și supere părinții.

Copilul, ca potențial de împlinire, se raportează întotdeauna la **ceea ce sunt** și **ceea ce reprezintă** – ca aspirații și poziție socială – proprii părinți. La polul opus, am cunoscut o tânără, mamă a șapte prunci (!), dintr-o familie mai modestă, dar care făcuse absolut tot ce a fost posibil atât în țară, cât și în străinătate, pentru unul dintre copii, cu sindrom Langdon-Down și care, în prezent, povestea cu mândrie cum fetița ei a reușit să ia premiul III într-o școală specială. Odată **acceptată** realitatea dureroasă, se schimbă unghiul sub care privești propria suferință și, poate, dacă încerci să subliniezi *ceea ce este bun* și *ceea ce copilul realmente poate*, undeva, departe, se vor ivi lacrimi de bucurie.

În afara acestor situații extreme, cei mai mulți părinți – cu un nivel socio-intelectual mediu, doresc în mod real să le dezvolte copiilor aptitudinile native, dar nu știu care ar fi calea de urmat, mai ales acum, când societatea în ansamblu este caracterizată prin lipsa unor modele și valori autentice. Am citit cu surprindere un articol publicat într-un mare cotidian și care prezenta drept *copil superdotat* un băiețel pentru care comunicarea cu părinții se realiza printr-un sistem de coduri, astfel încât, atunci când micuțul dorea prăjitura sau jucăria preferată, spunea o succesiune de cifre cunoscută numai de cei din jur. Sigur, este greu de afirmat în lipsa descrierii comportamentului afectiv, dacă cele prezentate fac doar parte dintr-un simplu joc inventat de părinți față de care copilul a avut o adezivitate crescută *sau* dacă, nu cumva, se schițează trăsăturile unui *autist*, ce mai devreme sau mai târziu va aparține psihiatriei. Fără cunoștințe de psihopatologie, pentru *simțul comun*, băiatul pare deasupra mediei prin capacitatea de memorare și codare, iar *„bieții"* părinți modești și neinstruiți trăiesc complexe legate de *„sănătatea psihică"* a propriului copil, ce nu se poate ridica la aceste performanțe.

Din păcate, suntem atrași de extravaganțe, de rezultate rapide și nu întotdeauna solide, de „mirajele" Occidentului ce își infiltrează treptat modalitățile educaționale, de

„copiii superdotați" de la televizor sau din reviste, astfel încât **neglijăm normalitatea**, uităm că atunci când copilul a luat nota nouă să spunem firesc: *„felicitări, mâine va fi mai bine!"*.

5.8. *Epilepsia* și modul particular de structurare a personalității

Considerăm utilă alcătuirea acestui profil, prezentarea trăsăturilor prevalente devenind necesară deoarece impedimentele în inserarea socială, în genere, nu sunt reprezentate atât de manifestările neurologice ale crizelor, ci mai degrabă de determinismele psihice.

Aceste tare, atunci când sunt evidente și permanente interaccesual, evocă opinii și atitudini particulare din partea familiei și mai ales a colectivului în care micuțul este integrat – reacții ce constituie o altă categorie de factori care, în loc să faciliteze încadrarea școlară, o îngreunează.

Mai mult de jumătate din copiii epileptici prezintă trăsături astenice – fie incluse în structura personalității, fie sub forma unor tulburări „actuale", ce îmbracă forma paradoxală de EXCITABILITATE + EPUIZARE și se bazează direct pe particularitățile activității nervoase superioare. Corelativ, întâlnim:

- timiditate, nehotărâre;
- subaprecierea forțelor;
- mimică redusă, vorbire monotonă;
- impresionabilitate;
- irascibilitate;
- reacție de inhibare în fața emoțiilor puternice;
- fatigabilitate, vulnerabilitate, abandon ușor al sarcinilor mai dificile.

Pe fondul sensibilității – hiperestezia – acea „slăbiciune iritabilă" – se pot dezvolta adevărate elaborări de tip senzitiv sau hipocondriac.

Prezența asteniei nu implică neapărat asocierea depresiei, uneori regăsindu-se exclusiv *note fruste*, alteori, conturându-se o *structură distimică*.

Cea mai frecventă asociere a trăsăturilor dizarmonice epileptoide este de tipul ASTENO-EXCITABILITATE, cu precizarea „nuanțelor psihice" ale celui de al doilea termen – utilizat în contextul de față pentru următoarea descriere:

– manifestări rapide, consecutive toleranței scăzute la frustrare, reacții coleroase și agresive;

– neastâmpăr, capriciozitate, atitudine voluntară, adaptare deficitară la mediu (acesta fiind elementul cel mai greu de „manevrat" și cel mai dificil de influențat din perspectiva integrării școlare, atât pe cale medicamentoasă, cât și psihoterapeutică);

– accese de mânie la contrarieri minore (țipă, lovesc, distrug lucrurile). Regăsim impulsiunile de ordin clastic exarcebate exploziv, cu particularitatea bine cunoscută a acceselor ce „trec repede"; este vorba de descărcări bruște de afecte, urmate de regret (în structura pulsională, determinată prin testul proiectiv Szondi, regăsim în prim-plan combinația factorilor ***s-e,*** ce exprimă prezența reacțiilor scurtcircuitate de tip acting-out);

– *fără a include neapărat depresia, se asociază totuși un fond dispozițional* „posomorât";

– paradoxal, excitabilitatea este bine „controlată" interaccesual – egoismul, dorința de răzbunare, ostilitatea față de anturaj fiind mascate. Vizibile sunt adezivitatea, o anumită bradipsihie și o politețe excesivă.

De multe ori impulsivitatea este ca o „umbră". Frecvent, copiii epileptici asociază o anomalie pulsională, ce apare în conștient cu forță, astfel încât cel în cauză nu poate să nu treacă la acțiunea prin care se obține satisfacere (descărcarea tensiunii intrapsihice). Includem aici cu prioritate „crizele" de mânie și, secundar, pe cele toxicofile (tineri ce prezintă în mod evident tendințe și înclinații spre consumul de alcool, tutun și drog).

Luciditatea conștiinței nu este modificată, adolescentul fiind cel ce relatează și poate infera asupra comportamentelor sale patologice. Trebuie deosebită clar această impulsivitate structurală de tulburările de conștiință de tip crepuscular, urmate de amnezie, ce aparțin categoriei automatismelor.

Într-o formă mai ușoară, modificările timiei sunt prezente în structura personalității epileptoide sub aspectul instabilității. Întâlnim:

– imaturitate în ceea ce privește sfera volitivă (dorințe de tipul „aici și acum");

– schimbarea frecventă a intereselor și neputința de a finaliza activitățile începute („lipsa răbdării");

– trecerea ușoară de la o stare afectivă la alta, cu demobilizare în fața insuccesului, rezistență minimă la situații psihotraumatizante și psihostresante, plâns facil, iritabilitate mergând până la reacții impulsiv-explozive dacă nu li se îndeplinesc dorințele;

– labilitatea emoțională este consecința structurii nervoase, a fragilității fizico-psihică; egocentrismul acestora foarte rar reiese din trăsăturile isterice, ci mai degrabă izvorăște din capriciozitate și, mai ales, din evaziune în boală;

– atunci când instabilitatea nu apare neapărat ca o trăsătură princeps a profilului de personalitate, ci mai degrabă ca o „tulburare prezentă", ea este dată de decompensarea sub influența psihotraumelor. „Contextul reactiv" este prezent în relatările anamnestice fie sub forma „cronică" (situații familiale sau școlare cu climat afectiv negativ trenant), fie ca trigger pentru o nouă criză (ce survine în urma unei frustrări sau stări conflictuale). Este vorba de corelația dintre labilitatea afectivă a acestor copii și vulnerabilitatea față de mediu.

În afara analizei structurii de personalitate, o a doua mare grupă de aspecte clinico-evolutive ale epilepsiei o constituie posibilul deficit intelectual – debilitate mintală ușoară sau intelect liminar – consecința directă a encefalopatiei infantile sau, alteori, a traumatismului cranio-cerebral (când deteriorarea cognitivă apare consecutiv momentului de debut al crizelor). În toate aceste cazuri, modul de răspuns la testele psihometrice non-verbale relevă indici de organicitate. Aprecierea posibilităților intelectuale ale unui asemenea copil este greu de realizat și probele psihometrice sunt caracterizate de variații performanțiale de la un examen la altul, datorită unor factori de eroare, cum ar fi: efectul medicației anticonvulsivante, raportul de timp față de ultima criză, lentoarea psihică și particularitățile caracteriale ce pot împiedica utilizarea integrală a potențialului cognitiv. Handicapul intelectual, atunci când este asociat, afectează și el adaptarea la ambianță creând noi probleme în fața măsurilor de recuperare școlară.

Mulți dintre micuții cu epilepsie prezintă, în diferite grade, afectarea funcției mnezico-prosexice. Este vorba de tulburări cantitative și calitative, deficiențe ale

stabilității și concentrării atenției, hipomnezie de fixare și reactualizare. În unele cazuri, acestea sunt consecința instabilității psihoafective, alteori sunt în principal legate de sfera gnostică: lentoare ideo-motorie punctată de puseuri de evoluție rapidă și ameliorări trecătoare (critica scade, gândirea devine mai „vâscoasă", predominant concretă, deosebind mai greu esențialul de neesențial). Corolar, preocupările școlare își pierd din semnificație, explicând inegalitățile performanțiale ale acestor copii într-un interval scurt de timp.

Într-o încercare de sistematizare a principalelor trăsături psihopatologice, alături de cele cinci permanent regăsite

1/ ASTENIE

2/ EXCITABILITATE

3/ SENZITIVISM

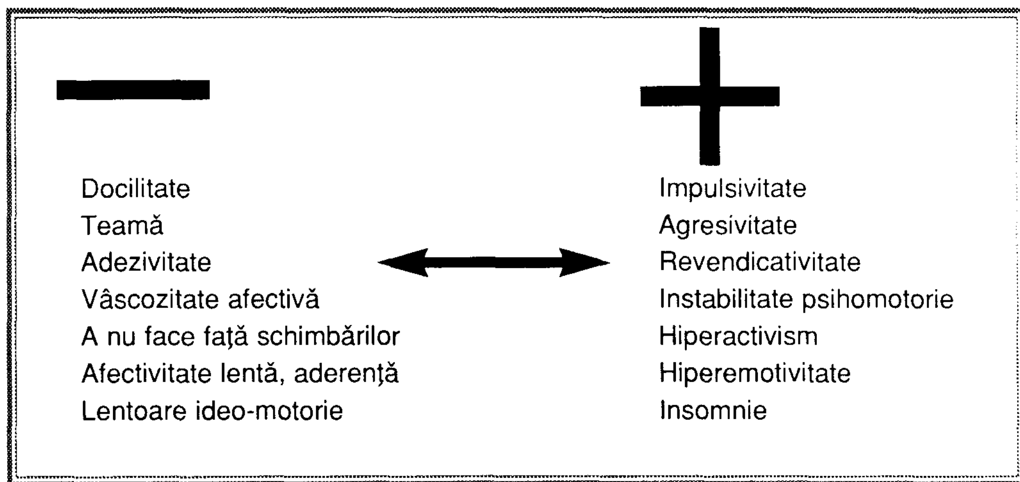
4/ LABILITATE EMOȚIONALĂ

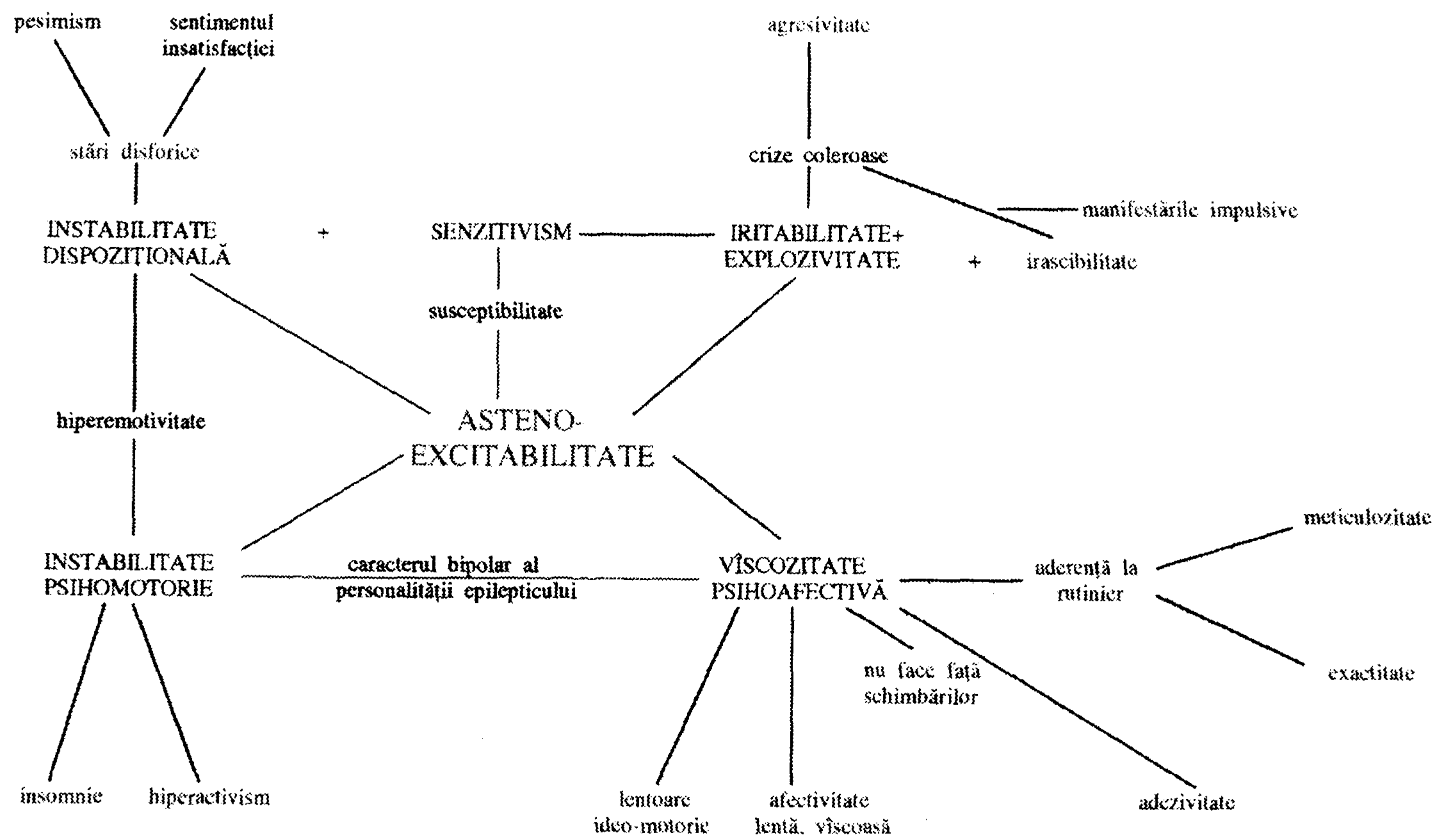
5/ alte TULBURĂRI ALE TIMIEI, trebuie amintită și o frustră regresie comportamental-afectivă, ce este corelată totuși și cu o ușoară afectare a sferei cognitive.

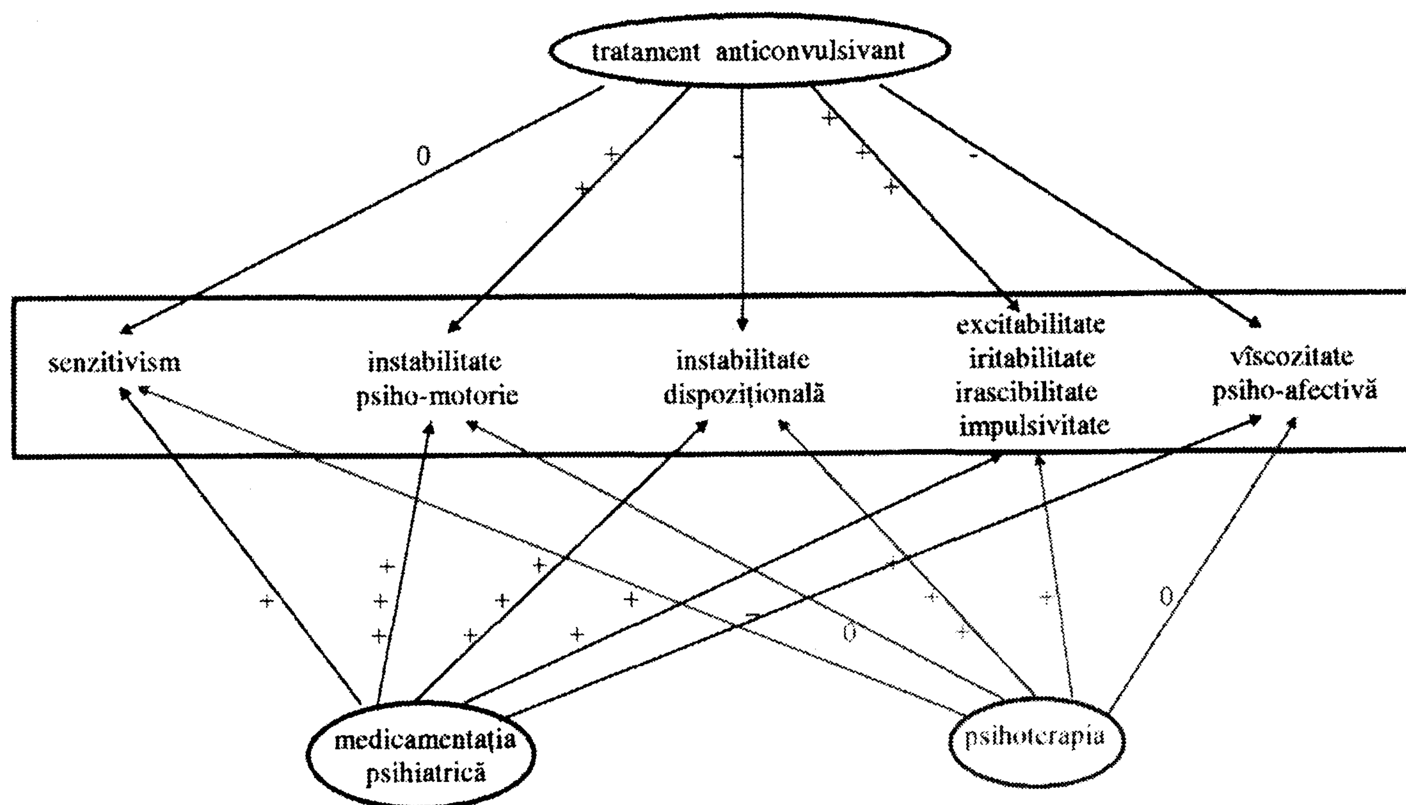
Acest profil are la bază tulburările psihice adiacente, „atribute" psihopatologice, ce se împletesc într-o „rețea", fără a omite interferența următoarelor „compartimente":

- aspectele premorbide
- leziunea organică
- efectele secundare ale însuși tratamentului medicamentos
- ambianța (după C. Arseni și L. Popoviciu, 1984).

Din complexitatea acestei interrelații, în care centrală este reacția familiei – ce poate varia de hipo- la hiperprotecție –, rezultă paradoxul personalității copilului epileptic – **caracterul bipolar**: docilitatea alternând cu impulsivitatea, teama aflată alături de agresivitate, adezivitatea contrastantă cu spiritul revendicativ.




pesimism
sentimentul insatisfacției
stări disforice
INSTABILITATE DISPOZIȚIONALĂ
+
SENZITIVISM
susceptibilitate
agresivitate
crize coleroase
manifestările impulsive
IRITABILITATE+ EXPLOZIVITATE
+
irascibilitate
hiperemotivitate
ASTENO-EXCITABILITATE
INSTABILITATE PSIHOMOTORIE
caracterul bipolar al personalității epilepticului
VÎSCOZITATE PSIHOAFECTIVĂ
aderență la rutinier
meticulozitate
exactitate
nu face față schimbărilor
insomnie
hiperactivism
lentoare ideo-motorie
afectivitate lentă, vîscoasă
adezivitate



Corelaţia dintre trăsăturile personalităţii epileptice şi gradul în care acestea sunt susceptibile de a fi influenţate prin cele trei modalităţi terapeutice

5.9. „Copilul-problemă" – ca exponent al nefericirii conjugale

Se acordă astăzi o importanţă din ce în ce mai mare conceptului de **psihoterapie**. Însă, din păcate, cei ce ar avea cea mai mare nevoie de acest serviciu nu sunt dinainte instruiţi spre a se comporta la „standardele" cerute unor astfel de pacienţi. Se menţine concepţia clasică, mult încetăţenită în medicină, mai ales aşa cum se practică acest sistem *la noi* – în care subiectul vine *cu boala lui* şi se lasă în întregime în mâinile doctorului, ce *trebuie să-l facă bine.* Nu se întrevede nici o dorinţă de schimbare, nici un indiciu care să releve opţiunea celui în cauză de a-şi **adapta** comportamentul în urma autodescoperirii din cadrul procesului de consiliere psihologică. Aceşti pacienţi sunt obişnuiţi să aştepte *„să se lucreze la ei",* căci doar de aceea persoana medicului este învestită cu atâta autoritate!

De multe ori se fac greşeli majore, atunci când oamenii nu vin cu adevărat spre *a se face bine* în cel mai spiritual sens al termenului, ci – şi aici ne referim la una dintre cele mai grele intervenţii – domeniul *psihoterapiei de familie* – aduc cu sine o nemăsurată dorinţă de a se acuza unul pe celălalt, de a-şi oferi „răfuieli" – pentru motive mai mult sau mai puţin fantasmatice – scene ce se petrec sub *ochiul securizant* al psihoterapeutului, supus la a face dovada unei călduri empatice protective. Descărcările emoţionale despre care vorbim sunt în general bine venite. În faţa unei persoane înzestrată cu prestigiu şi competenţă, cei *mai slabi* capătă puterea de a se destăinui, de a face reproşuri din suflete încarcerate de aşteptare şi frustrări. Cei *mai puternici* învaţă ce este mila, exersându-şi abilitatea de a se transpune în locul celui *„învins".*

Mai dureros este însă atunci când astfel de „discuţii" se petrec în faţa copiilor, ce se lasă extrem de greu apăraţi de orice terapeut – care nu reprezintă decât o figură „de ocazie" în existenţa sa, comparativ cu imaginea marcant răvăşită de durere a părinţilor ce mereu şi mereu *se înfruntă.* Se vorbeşte despre **copilul-problemă,** în sensul de fiinţă ce devine **un simptom** semnificativ, exponent al unei stări *de fapte rele* – de această dată săvârşite de adultul caracterizat *cu putere,* viitorul model ce s-ar visa urmat.

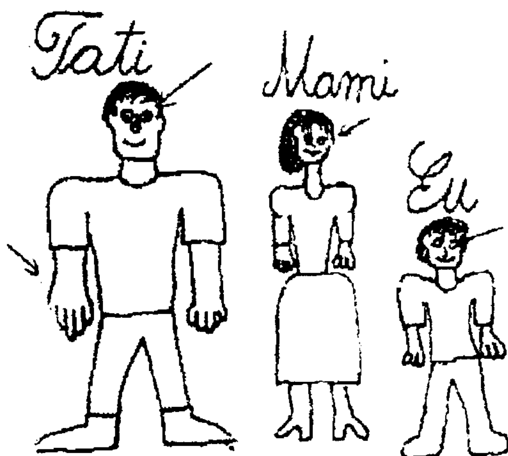
De curând am întâlnit o familie ce se prezenta la secţia de *neuropsihiatrie infantilă,* după un lung periplu pe la o sumedenie de doctori, cu toţii reprezentanţi ai „hight-life"-ului vieţii medicale româneşti. Copilul făcea *crize.* La început, vezi părinţii speriaţi, agitaţi, te gândeşti că epilepsia este o boală gravă, din păcate mai frecvent răspândită decât se cunoaşte sau decât se afirmă... ajungi să-i compătimeşti „din prima". La o discuţie mai atentă a reieşit că, de fapt, erau aşa-numitele *crize funcţionale* – mai tot timpul „la îndemâna" tinerelor neînţelese de părinţi, de soţ sau de anturajul de la serviciu. Băieţelul, de zece ani şi opt luni, manifesta acest comportament de circa doi ani, el însuşi recunoscând că survine cu predilecţie în situaţii traumatizante.

Între cei doi părinţi tensiunile acumulate atingeau cote nebănuite din afară, dar resimţite cu acurateţea unui barometru fidel şi sensibil de cel mic. Singura lui modalitate de protest erau *crizele.* Contextul obişnuit de apariţie era atunci când *mami*

îl certa pe tati. Începeau să-i tremure mânuțele și picioarele, privirea rămânea plafonată, dar fără a-și pierde conștiința, se lovea singur vorbind cu un *Eu interior „neascultător“,* căruia îi reproșa sistematic ***„oprește-te!“*** – elemente ce durau cu mult peste cinci minute. Intra într-o fază de autentică depresie, cu sentimente de inutilitate și vinovăție, culpabilitate inconștientă la adresa propriei existențe, din cauza căreia *părinții își impuneau să rămână împreună.* Este deprimant și înfricoșător să auzi un copil de zece ani urlând: *„Vreau să mor! Ajutați-mă să pier!“.* Din păcate, strigătul lui de suferință nu a fost niciodată receptat de *cei mari* – la amploarea sa reală.

În câteva clipe, în prezența băiețelului, *adulții* nu s-au mai putut abține și au început *să-și verse focul.* Soția făcea afirmații de tipul: *„Seamănă cu tine!... din neamul tău... ăia erau așa... sunteți bolnavi cu toții!...“,* după care urma o listă întreagă de adjective ce bineînțeles că erau la adresa soacrei, cumnatelor etc... dar proiectate direct și fără menajamente asupra propriului copil neajutorat. Soțul, „mai diplomat“, pândea o minimă îndepărtare a nevestei spre a face „confidențe“: *„Ea, doamna doctor!... ea e de vină!... ne-a îmbolnăvit pe toți!... ea e nebună... ea face crize!“* Este adevărat că încetul cu încetul, mai ales acordând credit descrierilor băiatului, a ieșit la iveală cum mămica făcea un soi de crize, la care soțul *nu participa emoțional,* nu părea deloc implicat sau neliniștit, copilul fiind singura persoană căreia putea să-i provoace compasiune. Astfel, cel mic a luat rolul **celui protector,** care trebuie să doarmă cu ea (nu din răsfăț sau dintr-o imaturitate ce i-ar trăda carențele afective!), ci *din protecție.*

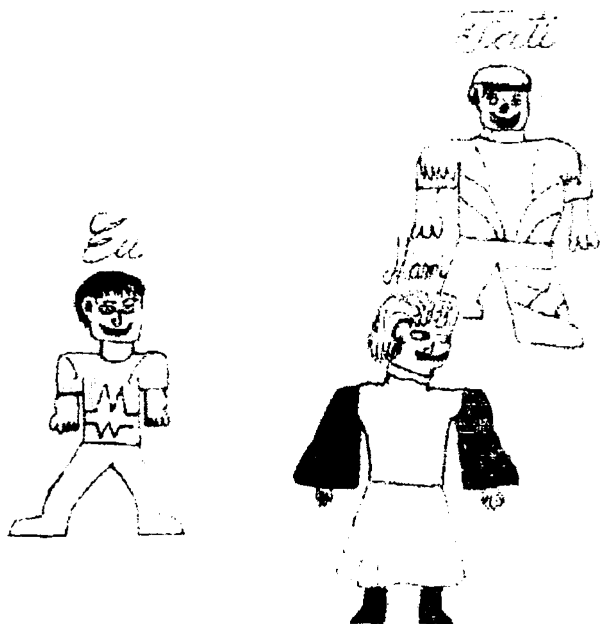
Mama, deși etichetată de *„bolnavă“,* era totuși cea *„mai tare“.* Reacționa violent, înjura, trântea ușile, arunca reproșuri, nemulțumiri, „epitete“ adresate celor doi bărbați din familie – în viziunea ei – niște *„incapabili“.* Tatăl era o fire moralmente slabă, deprimat, „depășit“ de evenimentele vieții, *„un ratat“* – cum îi plăcea soției să afirme. Fiecare era speriat la gândul că celălalt ar putea *să-l vorbească de rău.* Devenisem nu atât o apărătoare a copilului, căruia i-am insuflat treptat ideea că **este puternic**, atât de puternic încât va fi în stare să lupte cu crizele (care, în mod cert, pentru o vârstă atât de fragedă, chiar dacă debutaseră reactiv, în momentul prezent „scăpaseră de sub control“), ci mai degrabă un „obiect“ de dispută, fiecare având nevoie de adeziunea mea.



Desen „Familia mea“

Din păcate, astfel de familii sunt de multe ori refuzate de terapeuții experimentați. Răutatea lor structurală este percepută ca malefică pentru evoluția sanogenă a copilului. Sunt receptați de personalul medical ca „siniștri“, mai ales că proba timpului

a demonstrat cum acuta centrare pe propriile dorinţe egoiste nu le-a putut acorda libertatea de a-l ajuta pe cel mic. „Răfuiala“ este singura modalitate de convieţuire a



Desen „Familia ideală“

acestor cupluri sado-masochiste. Numai că atunci când apare un copil, patternul de suferinţă, de victimizare, de proiecţie a afectelor negative se transmite mai departe prin ***imitaţie,*** mai degrabă decât prin atât de mult invocata **ereditate.**

5.10. Simptomul, ca substitut al unei nevoi primare uitate (povestea unei fetiţe cu encoprezis)

Diagnosticul de **encoprezis** este unul dintre cele mai stigmatizante pentru un copil (după DSM IV, 1994). Aceasta, cu atât mai mult cu cât structura labilă, asociată cu un pattern general anxios şi posibilă tendinţă latentă la *opoziţie,* nu ţine cont de nivelul social, cultural sau educaţional al familiei şi, cu atât mai puţin, inteligenţa sau rezultatele academice ale micuţului în cauză. Ruşinea, acel *a fi în dificultate,* teama de repetabilitate ce generează angoasa de abandon induc sentimentul *simptomului ce învinge întrucâtva Eu-l,* deoarece, destul de repede, „mrejele“ inconştientului acaparează şi anihilează controlul voluntar, dând impresia unei regresii atitudinal-afective. Indignarea, rejecţia, pedeapsa – reale sau *proiectate fantasmatic* asupra părinţilor – accentuează „închiderea în sine“, într-o lume mută, lipsită de explicaţii, unde singura lege ce funcţionează nescris este aceea ***schimbului primar***

de emoții, afecte, iubire – mergând de la echivalente concrete („a dărui" – „a cere") la cel mai abstract sens al termenului.

Acesta ar fi și **cazul Corinei,** în vârstă de 10 ani, caracterizată de o labilitate emoțională structurală, timiditate și introversie, care prezintă encoprezis de aproximativ zece luni. Este îngrijită, frumoasă, reținută, liniștită, cooperantă – zâmbește și răspunde la întrebări, cu mai mult „curaj" în prezența sorei. De menționat că fetița și-a interiorizat un Supra-Eu puternic, prezentând imaginea unor părinți „duri" și a unei atmosfere rigide în ceea ce privește curățenia și ordinea. Simptomul a apărut pentru prima dată consecutiv unui joc cu valențe agresive cu sora mai mică (de 8 ani), în urma căruia au fost certate amândouă de către mamă, dar Corina evidențiază o anumită *vulnerabilitate* la evenimente stresante și cu potențial minim traumatizant. Ulterior, *„incidentul"* s-a repetat în zilele următoare, frecvența crescând treptat astfel încât în prezent se întâmplă de circa două ori pe zi – predominant la emoții, necazuri, atitudini rejective *(„am suferit că Ștefana* – eleva premiantă a clasei – *nu a vrut să stea cu mine în bancă");* de obicei, acasă, mai rar la școală, niciodată la bunicii care au crescut-o *(„acolo sunt liniștită",* iar mămica adaugă – *„acolo nimeni nu i-a impus nici o restricție").*

Climatul familial este suportiv, dar se resimt „rădăcini" autoritare – un tată hiperprotectiv preocupat ca fiicele să spună *„adevărul"* și o mamă dominată de ideea că fetițele *ar putea murdări hăinuțele sau pereții camerelor („nu avem voie în sufragerie că facem mizerie").* Corina a crescut cu părinții până la un an și jumătate, când cu trei luni înainte de nașterea surorii a fost dusă la bunicii materni. Andreea a fost crescută ulterior de ceilalți bunici, fetițele fiind împreună de la vârsta de șase, respectiv, patru ani – *„până atunci se vedeau cam la două săptămâni sau când ne petreceam cu toții vacanțele; Corina plângea mult după fiecare despărțire de soră; bunicii au recunoscut foarte târziu acest lucru, de frică să nu o luăm; o iubeau foarte tare!".* Acum împart camera – *„dormim în același pat; amândouă vrem să stăm la margine, așa că facem schimb în fiecare noapte".*

Mediul școlar este competitiv. Corina este elevă în clasa a treia, fiind mereu în anii precedenți pe locul doi – *„nu a luat diplomă de merit și s-a consumat".* Își dorește foarte mult o relație de prietenie cu colega premiantă, ca și cum, inconștient, ar căuta valorizarea și acceptul celor investiți cu prestigiu și autoritate – atribute atât de mult admirate și „cerute" fără echivoc de mamă. Are rezultate deosebite la matematică; la serbări *„se pierde toată",* printre ultimele dăți simptomul apărând când *„nu a știut"* poezia în limba engleză la festivitatea de terminare a anului, situație în care ***ea*** – fire perfecționistă, conștiincioasă și dominată de o motivație de tip intrinsec – s-a simțit prinsă *„în off-side"!*

În prezent este copleșită de tristețe și sentimente de vinovăție induse de simptom; prezintă irascibilitate și descărcări bruște de afecte la frustrări de mică intensitate – plâns facil, opoziție deschisă *(„se ascunde sub birou, dacă ceva nu-i convine"),* interpretată mai degrabă ca *refugiu* pentru o fetiță *supusă,* ce vrea *să se conformeze* și încearcă *să se autopedepsească* – își respinge mama în real și o caută prin comportamente regresive de genul *encomprezisului („după aia stă așa; nu vrea nici să se schimbe singură, nici să o schimb eu").* Simptomul este mai degrabă originat în *nevoia de afecțiune* „împlinită" în maniera fantasmatică de a redeveni *bebeluș,* decât în dorința de a-și pedepsi mama. Este interesată de pictură, culori, acuarele, carioci, plastilină *(„mama nu ne-a lăsat, că ne stricam bluzițele").* Se alimentează și doarme

bine, simptomul neapărând în timpul somnului – *„mama e întotdeauna preocupată de cât mâncăm"; „nu mă duc noaptea în camera părinților; Andreea se duce; eu dau drumul la televizor și stau singură".*

– „Corina se închide în ea; dacă mă duc să o iubesc nu mă lasă; și pe tată îl respinge; e foarte deschisă față de bunici; Andreea e mai lipicioasă, mai caldă". Și mămica își continuă în scris **caracterizarea celor două fiice...**

Cea mare *este o fire mai închisă, mai rece. Orice supărare o face să se retragă în ea. E sensibilă și miloasă. Colega de bancă are un handicap fizic, iar Corina are răbdare să o ajute la mers sau la scris. La școală este ambițioasă, vrea să fie prima, motiv pentru care încearcă să-și termine repede exercițiile și mai greșește. E conștiincioasă – dacă știe că are teme de făcut nu e nevoie să-i aducă cineva aminte. Este perfecționistă, îi place să facă lucrurile* ***bine****. Este mai comodă decât Andreea – preferă să se uite la televizor sau să citească, decât să iasă la plimbare. Nu îi place la țară, dar la bunici se simte în elementul ei. Este sociabilă; îi place să se joace cu copiii și să meargă la zile de naștere. Are răbdare și face treburi migăloase – lucrează pe etamină sau covorașe din hârtie. Îi place matematica, dar și să citească.*



Cea mică *are o fire mai veselă; chiar dacă e supărată, vrea să se împace imediat. Este mai băiețoasă, mai bătăioasă, mai iute și mai vioaie. Îi place foarte mult la țară – la ora șapte, când ar putea dormi mai mult, e în picioare prin curte după animale. Învață bine, dar școala nu o stresează. Nu are ambiția să fie cea mai bună, deși este printre primii trei din clasă. Este mai „hoață", se dă pe lângă cel de la care trebuie să obțină ceea ce-și dorește. Face asta și pentru sora ei. Nu este la fel de sociabilă precum*

Corina. În primul an de grădiniță a avut probleme de adaptare (voma în fiecare dimineață înainte de plecare). Nu i-a plăcut și ne-am temut că și cu școala va fi la fel, dar aici merge ca la o distracție. Este foarte orgolioasă.

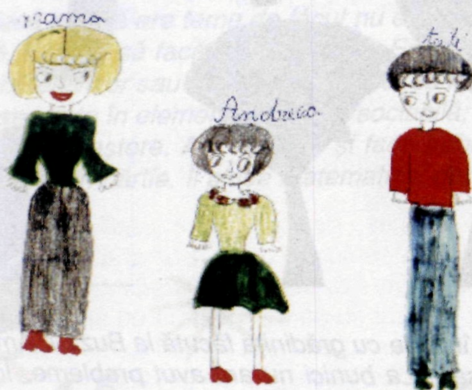




Povestea vieții Corinei începe *cu grădinița făcută la Buzău. Am făcut gimnastică acolo. M-am lăsat după clasa I. La bunici nu am avut probleme. În clasa a II-a am început să am. Îmi place să stau în baie pe mașina de spălat și să citesc. Nu îmi place să mă deranjeze nimeni. În clasa a III-a, iar am avut probleme. Mi se pare că trăiesc doar pentru lecții. De la un timp îmi place să lenevesc. Credeam că sunt deșteaptă, dar nu sunt îndeajuns.* Impresionant pentru o fetiță de numai zece ani, mai ales dacă ținem cont și de scrisoarea adresată lui Moș Crăciun (despre care bineînțeles că știe demult că reunește imaginile părinților), pe care îl roagă din tot sufletul – reamintindu-i că nu-i trebuie nici un cadou – să-i spună sincer părerea despre ea și mai ales dacă el crede că **este suficient de bună!**

Încercând să coroborăm informațiile obținute din multitudinea testelor psihologice aplicate, reținem: absența Eu-lui fizic din *testul familiei,* în timp ce surioara este „prințesa" asupra căreia sunt îndreptați ochii părinților... cei din desen zâmbesc, în timp ce noi ne întrebăm dacă avem în față un copil deprimat sau mai degrabă supărat pe ceilalți... După câteva zile de terapie, Corina își „ajustează" autopercepția, o dată cu atitudinea față de cei din jur... se modifică și proiecția, ceea ce ne face să vedem în *testul persoanei – chipul ideal* – la fel de frumos, poate chiar mai frumos, decât al surioarei... Deși mai sociabilă – după cum reiese din descrierea mămicii – pictează un singur copac – armonios, solid, bine „păzit", „vegheat" deopotrivă de ***bine*** și ***rău,*** ca propriul Eu ce păstrează urmele unei ușoare nesiguranțe în relația cu mama... pere aurii... poate mai multă inocență, puritate și candoare... atât de ***perfecte...*** și, totuși, îndrăznesc parcă să privească spre viitor... Andreea ***pare*** mai matură, fără nevoie de ***fructe*** sau ***iluzii,*** dar cu atâta dorință de ceilalți... numărați numai pomișorii... pasiune și confuzie ce se clarifică treptat... probabil cu trecerea anilor... Aspectul funcțional al simptomului Corinei este regăsit în prim-plan, alături de un senzitivism cuplat cu o agresivitate „cizelată", disimulată în iritabilitatea survenită pe fondul obsesional. În lipsa

unei terapii suportive cu vădite valenţe emoţional-empatice, refulările, împlinirile ireale şi rezolvarea afectivă a confruntărilor riscă acumularea asteno-depresiei. Tendinţa la sacrificarea intereselor proprii poate da vieţii de mai târziu o organizare cu note masochiste. Permanenta şi nesatisfăcuta căutare a ***iubirii necondiţionate*** este evidentă şi numai superficial privită ar putea fi interpretată drept... interes instabil, *fire rece, distantă*...



Elemente ale programului terapeutic. (Dr. Iuliana Dobrescu – Clinica de Psihiatrie a Copilului şi Adolescentului, Spitalul „Alexandru Obregia")

Pentru **primele zile** s-a recomandat:

- regim de igienă intimă – acordarea atenţiei cerută inconştient de simptom (mama trebuie să aibă grijă de orarul pentru toaletă)
- autoresponsabilizare (se spală şi se schimbă singură)
- separarea de soră (camere distincte)
- satisfacerea în plan real a *nevoii de a se murdări* (dactilo-pictură, plastilină), activitate ce i-a produs mare bucurie – deplasarea acestei *„trebuinţe"* primare de pe *sine* pe diverse substitute
- cele două surori alcătuiesc o diadă în care se „completează" reciproc, motiv pentru care se lucrează cu ele împreună
- Ii se explică părinţilor *mecanismele ascunse* ale simptomului – *regresia emoţional-comportamental, nevoia de a fi „bebe" şi de a primi atenţie, măsura în care structura mamei i-a indus fetiţei standarde ridicate şi trăsături perfecţioniste, necesitatea satisfacerii concrete a „nevoii de murdar", dar în maniera deghizată a jocului.* Mama este ajutată să înţeleagă cum prin simptom Corina îi cere afecţiune şi prezenţă, dar şi faptul că *logica ascunsă* este de *„a oferi"*, nu doar de *„a pedepsi"*.

În zilele următoare fetițele au făcut dactilo-pictură și figurine din plastilină. Și-au separat camerele. Corina i-a „dăruit" televizorul surorii mai mici, cerând „la schimb" să doarmă cu veioza și a pus pe ușă un anunț: *„Nu intrați fără să ciocăniți".* Deși se constată cum surioara mai mică este dependentă de această relație *simbiotică,* amândouă sunt fericite de această „separare", „cerându-și permisiunea" de a se vizita.

În momentul actual, mama relatează „o schimbare" semnificativă a Corinei – se simte protejată de simptom și de atmosfera permisivă a cadrului psihoterapeutic (mult visată în anii micii copilării), ceea ce o face să „sfideze" interdicțiile anterioare ale părinților (*„mănâncă ce vrea"* și *„ne cere independență",* ignorând preocuparea excesivă a mamei pentru alimentație). Simptomul nu s-a mai repetat din ziua precedentă primei întâlniri. Fetița și mama sunt *îngrijorate – „Mă tem să nu treacă în extrema cealaltă",* în timp ce Corina afirmă *„îmi este frică să mă duc la toaletă",* ca și cum autocontrolul dobândit ar putea fi *efemer.* Relaxarea Supra-Eu-lui parental se „lovește" de interiorizarea marcată a interdicțiilor anterioare. Pe de altă parte, „independența câștigată" se traduce la nivel profund în termeni de tipul *„introiecție fără expulzie",* care echivalează cu lipsa dorinței de *„a dărui".* Terapeutic – limitare la sfaturi igienico – dietetice uzuale, fără accentuarea unei posibile importanțe a „noului" simptom apărut.

Cooperarea familiei este centrală, prin asigurarea la maximă intensitate a climatului securizator și protectiv cerut *involuntar* și *deformat.* După câteva *„tranzacții"* necesare *deplasării* simptomului asupra unor echivalente mai puțin „ascunse" – momente critice în care „incidentul" nedorit se poate repeta (și fetiței i se comunică de la început acest lucru) *vindecarea* va surveni *ca de la sine,* readucând alături de pacea sufletească a părinților reconsolidarea unui self-esteem fragil. Să nu uităm că dincolo de inhibare și introversie, moralitatea exemplară – ca trăsătură cardinală a micii personalități în formare, rămâne, totuși, filonul de aur al prognosticului favorabil!

5.11. Părinți disperați, copii nefericiți – între ereditate, educație și iubire

Dorința de a avea un copil este poate una dintre cele mai ardente și mai profund înrădăcinate în inimile noastre. Aceasta, cu atât mai mult cu cât unora dintre noi soarta le-a răpit posibilitatea de a aduce pe lume un bebeluș. Ca o soluție disperată, uneori rămâne adopția. Părinții trăiesc atunci ani de teamă la gândul că *ereditatea nu tocmai „curată"* a celor ce au fost în stare să-și abandoneze copilul *va ieși la iveală* „rupând barierele" unei educații construite cu grijă. Și, din păcate, realitatea a arătat de multe ori cum strădaniile pot fi zadarnice... Mulți dintre micuții înfiați au autentice probleme emoționale, deoarece vulnerabilitatea la psihotraume își spune cuvântul din primele luni de viață. Carențele afective sunt majore și greu de învins, mai ales dacă se adaugă (și nu rare sunt cazurile) și alte cauze *organice,* ce afectează psihicul celor în cauză. Mulți dintre aceștia sunt copii hiperkinetici, cu deficit de atenție și memorie lipsită de fidelitate, ce nu pot garanta un intelect de excepție – suficiente motive de nefericire a sărmanilor părinți ce-și văd visele spulberate. Puțini mai au curajul *de a merge mai departe* pentru a investi timp, răbdare, energie fizică și spirituală, dublate de mijloace pedagogice speciale pentru ***reușita în viață** a unui copil cu probleme.* Mai ales când Dumnezeu, mișcat de bunătatea celor ce iau în grijă un *suflet pribeag,* le dăruiește

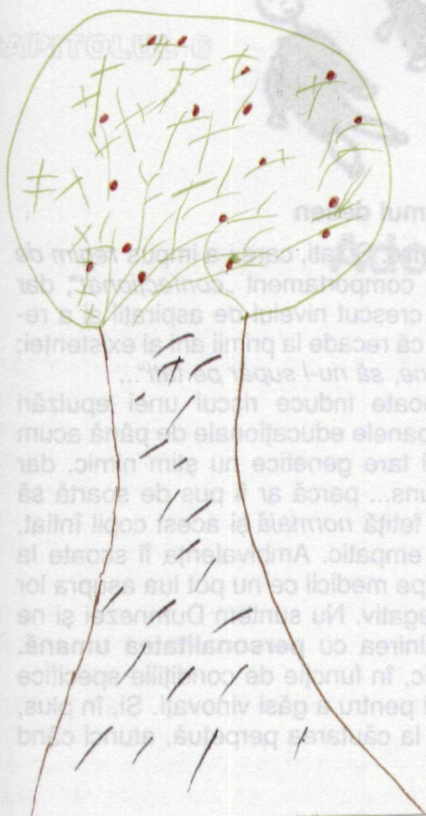
adevăratul rod al dragostei. De altfel, există și o credință populară ce spune că în astfel de cazuri *Cel de Sus* se supără și-și varsă mânia asupra sănătății noului copil venit în familie. Dar cine mai ține astăzi seama de superstiții...?!

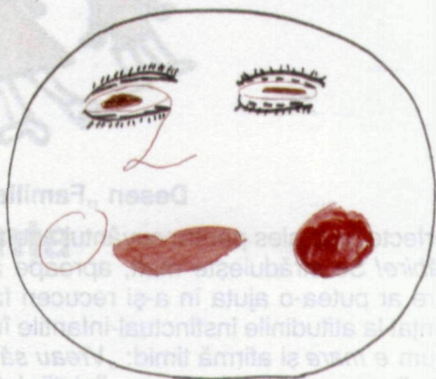
Am întâlnit-o de curând pe Maria, o fetiță de zece ani – liniștită, vorbind afectat, cu marcate influențe emoționale; cu mimică extrem de mobilă și gestică amplă, labilă și ușor histrionică, modificându-și starea psihică în funcție de reacțiile interlocutorilor. Ne-a povestit cum a locuit cu mama până în urmă cu patru săptămâni, când nu a mai suportat certurile și cuvintele urâte, palmele grele primite ori de cîte ori aceasta își îneca frustrările existențiale în alcool. Confuzia era cu atât mai mare în mintea Mariei cu cât, uneori, euforia inexplicabilă a mamei îi „împărțea" fără justificare îmbrățișări și căldură nemărginită. Numai că un copil nu poate trăi fără explicații; nu își poate construi atitudini adecvate și nu are *cerințele autentice* ale adultului, cărora să se conformeze. Ajustarea propriului Eu este lăsată în voia sorții, iar diferența între **bine** și **rău** nu prinde contur. Nu există întrebări de tipul *„Unde am greșit?"*, nici *„Ce ar trebui să fac s-o mulțumesc pe mami?"*, în lipsa cărora calitățile se contopesc cu defectele, iar formarea conștiinței valorii este din start ratată. Și, totuși, un copil de zece ani **are curajul** de a fi supărat. A plecat de la *„mami – cea – adevărată"* la tatăl ce era recăsătorit cu Cami – care a devenit imediat *„cealaltă – mami"*, Maria bucurându-se totodată de *trezirea la viață* a „instinctului" de a fi copil alături de surioara mai mică (fetița Cameliei). În pragul separării, *mama „cea bună"*, sub impulsul durerii de a fi părăsită și al propriei singurătăți într-o lume iluzorie, și-a dat frâu liber răutății și disperării, țipând: *„Oricum, să știi că ești înfiată, iar taică-tu' n-o să te țină și-o să te ducă la un cămin, că nimeni nu te poate suporta".*

Prima impresie este aceea a unui copil ce **neagă realitatea** și **trăiește într-un univers fantasmatic** ilustru inventat. În momentul prezent, angoasa de abandon este la limita conștientului, mascată de o imensă încercare de a se face plăcută și acceptată, sub forma unei imaginații bogate ce reprimă uneori crudele adevăruri. Dorința de apropiere de sora mai mică este certă, dar fără a găsi întotdeauna modalitatea adecvată de relaționare – mămica adoptivă povestește aproape speriată pentru integritatea morală a propriei fiice, cum Maria i-a propus *să se joace de-a mama și de-a tata... așa... într-un mod mai special...* La această vârstă curiozitatea erotică este mare și se trezește precoce și la intensități superioare exact la acei copii crescuți fără dragoste, instituționalizați sau neglijați afectiv, pentru care mângâierea cuiva este o binecuvântare.

Pe de altă parte, Maria este *o fetiță cu probleme* – din descrierea tatălui reiese profilul unui copil hiperkinetic, ce *„nu putea să stea locului"*, cu deficit de concentrare, stabilitate și selectivitate a atenției, atrasă în permanență de stimulii exteriori, decât de *ceea ce are concret de făcut*, cu rezultate școlare satisfăcătoare (calificative de tipul *bine* și *suficient).* Sub tratament de aproximativ un an, performanțele s-au ameliorat semnificativ și, deși *actualii părinți* o aduc la spital pentru iritabilitate, irascibilitate, instabilitate psihomotorie și tulburări de memorie, obiectiv nu se constată diferențe semnificative față de palierul de vârstă (reproduce poezii, sesizează reversibilitatea gândirii, efectuează în limita sutelor toate cele patru operații aritmetice și fără latență crescută). Este cooperantă, tristă, neîncrezătoare în sine, stă nemișcată pe scaun lungi perioade de timp pentru a purta o conversație, **să fie ascultată** și *„băgată în seamă".* Se estimează un QI de nivel mediu – inferior, scăderea rezultatelor școlare fiind datorată distractibilității prosexice, coroborată cu tulburările din sfera afectivității. Uneori devine mai „repezită" în răspunsuri și gesturi sau se refugiază într-un plâns de

genul unui copil de trei ani, când, aparent, pierde contactul cu cele înconjurătoare, repetând într-una *„Să vină tati să mă ia!"* – cu o forță zguduitoare, dincolo de care se simte neputința de a-și influența destinul.





Motivul autentic al internării este mai degrabă ***frica*** și ***neîncrederea*** părinților într-un drum de viață reușit al copilei, decât invocata *ținere de minte* sau *nestatornicia*. Este teama de a nu investi *bani* și *sentimente* într-un copil căruia, o dată cu maturizarea, i se deschid în față „porțile răului". Interesul sexual crescut ce a traumatizat-o pe surioară, fixația asupra tatălui în care am putea întrezări note incestuoase, absența preocupărilor pentru autodezvoltare au deformat imaginația adulților ce văd în mica ființă în formare exclusiv o șansă atribuită probabilistic (de 30%) ca evoluția să se facă în direcția constituirii unei psihopatii de coloratură isterică și narcisică, dincolo de care rămân prostituția, vagabondajul, eventual închisoarea. Ceea ce este înduioșător și totodată înfricoșător este tendința de evadare într-o reverie continuă, discrepanța între rezerva afectivă a acestor părinți adoptivi și descrierea fetiței ce ne developează un climat *perfect,* în care ea s-ar putea integra su siguranță. În plus, este convinsă de apartenența la acest *mediu securizator!* În desene regăsim proiecții frânte, care printr-o combinatorică inconștiență ne arată *clowni* ce râd și plâng totodată, fețe asimetrice, parcă neterminate, neavând forța de a se bucura... Un Eu puternic, dar „scrijelat" și încercat de viață... copilăria este prezentă... într-o formă banală... „înfrumusețând" agresivitatea de autoprotecție... și MASCA... Își schimbă pe rând poziția în *desenul familiei,* apropiindu-se de tată, dar ochii acestuia *rămân goi,* în timp ce ea își șterge și remodelează sisific imaginea fizică... pentru *a satisface „standardele" privitorilor...* Îi plac dulciurile *„la nebunie"...* inconștientul nostru găsește întotdeauna substitutele



Desen „Familia mea“ – primul desen

perfecte, mai ales pentru cuvântul acela magic – **iubire**. Și tati, care i-a impus *regim de slăbire!* Se străduiește mult, aproape adoptând un comportament *„confecționat“,* dar care ar putea-o ajuta în a-și recuceri familia – și-a crescut nivelul de aspirații și a renunțat la atitudinile instinctual-infantile în care părea că recade la primii ani ai existenței; acum *e mare* și afirmă timid: *„Vreau să învăț mai bine, să nu-l supăr pe tati“...*

Permanenta căutare a liniștii interioare îi poate induce riscul unei epuizări depresive. Drumul este lung și greu... Și pare că jaloanele educaționale de până acum nu au fost solide pentru un copil despre ale cărui tare genetice nu știm nimic, dar bănuim multe... Drama tatălui se consumă în ascuns... parcă ar fi pus de soartă să aleagă între tânăra și seducătoarea soție ce are o fetiță *normală* și acest copil înfiat, cu un potențial sanogen îndoielnic și cert neglijat empatic. Ambivalența îi scoate la iveală porniri violente; parcă ar vrea să se răzbune pe medicii ce nu pot lua asupra lor *povara* unui prognostic decisiv, fie el pozitiv sau negativ. Nu suntem Dumnezei și ne scapă frecvent acel cuantum de *aleatoriu* la întâlnirea cu **personalitatea umană.** Raportul înnăscut – dobândit este extrem de plastic, în funcție de condițiile specifice de developare a potențialului latent. Nu suntem aici pentru a găsi vinovați. Și, în plus, fiecare are dreptul la fericire; numai să nu rămână la căutarea perpetuă, atunci când ea se află chiar sub privirile noastre!



Desen „Familia mea“ – al doilea desen

CAPITOLUL 6

Adolescența

„Podul de piatră s-a dărâmat,
A venit apa şi l-a luat.
Vom face altul pe râu în jos
Şi mai trainic şi mai frumos!"

6.1. *Adolescența* sau construirea *Eu-lui*

Fiecare dintre noi și-ar dori să se situeze aprioric în lumea *tinereții fără bătrânețe*, supradimensionată simbolic sub aspectul *viselor* sau *căutării sensului* – adolescența este perioada iluziilor, întâlnirea cu acea lume imaginară în care oricine are dreptul la replică, în care poți fi *tu însuți sau nimic*, chintesența **devenirii** sau, altfel spus, clipa de maximă intensitate în care ești **ceea ce ești** și, totodată, **ceea ce vei fi** – **momentul în care trebuie să știi să te accepți** (J. Fowles, 1998). S-a vorbit și se vorbește cu prea multă ușurință despre *„personalitatea tinerilor din ziua de azi"* – sintagmă ce ascunde sentimentul puterii, ca și cum adulții se simt incapabili spre a le face față, ca și cum adolescența însăși ar avea în sine o forță de nebănuit, vitalitate ce se originează în intensitatea pulsiunilor, în aptitudinea plenar manifestată de a *trăi emoțiile*, exprimată metaforic în acel *„să fii tânăr înseamnă să suferi pentru tot ce mai sângeră încă..."*

Personalitatea – văzută ca un construct supraordonat ce reunește dimensiunea intelectuală cu cea afectivă sub amprenta etic-valorică a moralității – se schițează în copilărie, urmând să fie pe deplin cristalizată în anii ce marchează trecerea spre ceea ce numim *a fi adult*. După cum se știe, dezvoltarea are loc „în salturi", motiv pentru care, de multe ori, la adolescență *maturizarea emoțională* rămâne în urma *celei intelectuale*. Pe de altă parte, principala achiziție a stadiului logicii formale o constituie utilizarea raționamentelor de tip ipotetico-deductiv, când imaginația face posibil saltul de la *operarea asupra realului* la *operarea asupra posibilului*. În virtutea reversibilității gândirii, drumul de la *posibil* către *real* devine deschis, permițându-ne să afirmăm – conform viziunii piagetiene – că rădăcinile idealismului acestei vârste s-ar situa sub egida saltului cognitiv. Din această perspectivă, **acum**, potențialul individului capătă împlinire prin dobândirea controlului asupra conflictului dintre posibilitățile de relaționare și cerințele mediului sau, altfel spus, prin atingerea acelui optim motivațional între nivelul de aspirații și nivelul posibilităților.

Identitatea versus **confuzia** constituie principalul *scop* atunci când abordăm *criza dezvoltării* din perspectivă psihosocială, analizând travaliul adolescenței, ce presupune renunțarea la copilărie, precum și acel „a lua distanță" de imaginile parentale (A. Birraux, 1999). Adultul pierde puțin câte puțin din puterea pe care micuțul i-o atribuie, tot așa cum gândirea începe să opereze în logica fuzzy – relativizându-se ideea că *totul poate fi bun sau totul poate fi rău*. Renunțarea la judecarea realității în concepte absolutiste introduce dialectica în miezul cel mai ascuns al conștiinței, făcând

tânărul să simtă necesitatea acută a dobândirii unor mijloace de a controla existenţa şi de a face viaţa mai previzibilă. Acest adevăr dureros poate fi interpretat drept nucleul unor nevroze obsesionale, tot aşa cum anorexia, fetişizarea corpului, automutilarea sau tentativele de suicid funcţionează ca strategii simptomatice utilizate spre a fi acceptaţi de părinţi, de ceilalţi şi, nu în ultimul rând, de ei înşişi.

În încercarea de a-şi construi explicaţii spre a se regăsi şi a-şi crea „o istorie", tânărul rămâne singur, deoarece ***nu are cui*** şi ***nu are curajul*** de a se destăinui. De multe ori, părinţii nu înţeleg *nevoia de separare* a copilului *în sensul posibilităţii reflectării*, percepând-o dramatic drept pierdere totală a comunicării cu acesta. Reacţiile sunt diferite – de la sadismul educaţiei epocii – caracterizat prin autoritatea excesivă asupra adolescenţilor – până la indiferenţa absolută şi retragerea definitivă a consolării parentale. Aceasta este trăită deprimant, căci se pierde privilegiul *util* al copilului asupra mamei şi tatălui, pentru ca familia să poată exista (după A. Birraux). Tânărul rămâne acroşat la dilemele vârstei, într-o permanentă pendulare între variante polare de tipul: încredere–neîncredere, autonomie–dependenţă, iniţiativă–retragere, eficienţă–inferioritate, intimitate–izolare, nereuşind să-şi definitiveze mental idealul de **Eu profesional** sau germenii viitorului **Eu conjugal**.

Uneori, rejectarea copilului, chiar frust perceptibilă, induce cu uşurinţă regresia afectiv-comportamentală şi fragilizarea unui Eu insuficient constituit *sau*, din contră, face loc atitudinilor adolescentine exprimate sintetic şi paradigmatic în acel *„a fi rebel"* – frecvent invocat de adulţi pentru a-şi explica nevoia de a domina tânăra generaţie. Nu este exprimat atât refuzul „sfaturilor" date sub *certitudinea experienţei* celor mai în vârstă, cât dezamăgirea faţă de ceea ce părinţii, profesorii – pedagogii la modul general – le-ar putea oferi, ca şi cum tânărul, marcat de anterioarele tentative de confesare soldate cu eşec, refuză *simpla apropiere a celor mari*, convins fiind că **este** şi **va rămâne *un neînţeles***.

Această etapă a existenţei este oarecum marginalizată – ei caută perpetuu înţelegere, în timp ce – de teama că nu ar putea face faţă bogăţiei de emoţii şi impresii – cei din jur se eschivează în minimizarea **crizei** adolescenţei. Părinţii *uită* sau, mai degrabă, îşi reprimă traumele propriei copilării tardive, ascunzându-şi sub aura autorităţii *sensibilitatea ce i-a făcut cândva să sufere.* Pediatrii îşi *declină competenţa* atunci când se confruntă cu astfel de cazuri, refuzând să-şi centreze atenţia asupra senzaţiilor cenestezice ale tânărului, în timp ce medicii generalişti *se simt pe un teren nesigur* în abordarea *copilului ce se menţine copil, dar trăieşte emoţii străine într-un corp nou.* Cu toate că intensitatea dramelor afective ale acestei vârste atinge cote nebănuite, chiar şi psihoterapeuţii sunt reticenţi în stabilirea unei comunicări cu adolescentul de pe poziţiile unui egalitarism matur, în virtutea acelei explicaţii generale şi superficiale: *„să mai aşteptăm; personalitatea nu e încă plenar constituită".* Deşi, **acum** se poate obţine realul beneficiu prin manipularea simbolică a **imaginii narcisice**, ştiut fiind că mare parte din problemele tinerilor se originează în **neatingerea corpului imaginar al dorinţelor**, format din suma reprezentărilor construite, sedimentate şi organizate în anii premergători (A. Birraux).

Prin metafore evocatoare, **adolescenţa**, ca ***„vârstă a vieţii mele"*** sau perioada lui ***„gratage de l'âme"***, rămâne astfel *„în sarcina"* literaturii – poeţii fiind cei mai aproape de realitate în conturarea emoţiilor rezultate din interacţiunea celor două procese fundamentale ce intervin decisiv şi într-o manieră dialectică în autonomia personalităţii – **identitatea** şi **identificarea**. Enigmatic răzbate puternica forţă pulsională a tinereţii: ***„... să salţi viitorul pe umeri cu putere şi patimă-adâncă"...***

6.2. „We don't need, no, education" – *sau* pledoarie pentru *autoactualizare*

Fără să vrem, asistăm astăzi la accentuarea „prăpastiei dintre generații" și, pe măsură ce ne îndepărtăm de adolescență, pierdem treptat – și fără să ne vină a crede! – din acea acceptare atotcuprinzătoare a realității pe care ți-o dă atuul tinereții. Deși frecvente, neînțelegerile dintre părinți și copii conțin în sine acel miez de dramatism pe care adulții îl interpretează drept straniu, inutil consum energetic și implicare în gânduri și sentimente *ce nu și-ar găsi* ***prezenta*** *justificare*. Părinții, departe de a-și propune „să fie răi", se situează aprioric în postura de a nu-și înțelege copiii, deoarece refularea propriilor drame petrecute la această fragedă și dificilă vârstă le-a asigurat **uitarea** acelui *lung travaliu întru maturizare* – ca **o necesitate** pentru atingerea echilibrului interior. Fără a-și da seama, *cei mari* le pavează calea dezamăgirilor prin blocarea dorinței de a se confesa, ca și cum *a interzice tânărului să vorbească despre dilemele sale morale, despre zbuciumul afectiv încărcat de emoția primelor trăiri sexuale* ar echivala cu dobândirea **puterii** de a desființa criza adolescenței. Este o încercare deformată și nereușită de a-și proteja copiii împotriva unui *șir de suferințe*, căruia ei înșiși i-au făcut cu greu față, dar care intră obligatoriu în gama experiențelor umane.

Adulții caută înfrigurați *modalități de a se face auziți, ascultați sau acceptați*, „rețete" prin care ar putea schimba comportamentele celor care *„plini de personalitate"* se îndepărtează treptat de mult visatele *modele parentale*. Resortul motivațional al tinereții este dominat de căutarea adevărului, de tema sentimentalismului, de desființarea limitelor și de dorința de a fi diferit. Bazele unei **comunicări autentice** între generații vor fi puse atunci când adulții își vor permeabiliza sufletul către *viață*, către *senzație*, fiind capabili să prețuiască marea doză de onestitate inițială a tinerilor, căci, fără a-și dea seama, *cei mari*, prin refuzul adevărului, îi „obligă" la mistificarea acestuia.

Erorile părinților se originează în credința despre natura statică și permanentă a acestor **tinere caractere** – excelentă scuză pentru a nu face nici un efort susceptibil de a iniția și întreține o transformare fundamentală! – ținând cont de faptul că adolescența este caracterizată printr-o dinamicitate stadială și un larg evantai de potențialități. Modelul în care ne evaluăm aptitudinile și existența depinde în cea mai mare măsură de noi înșine, dar, din păcate, în rare momente suntem capabili să ne percepem limita extremă a ceea ce putem fi. Un caz particular și plin de învățăminte pentru părinți îl constituie **încurajarea** sau *„vitaminizarea psihologică"* a tânărului pentru o experiență de care nu se crede capabil (după D. Ernest, 1971). De cele mai multe ori se poate recurge cu succes la demonstrarea exemplului personal ce incită la imitație – copilul este martor al eforturilor părintelui de a reuși într-un anumit domeniu, încurajarea făcându-se indirect *(„dacă tata sau mama pot fi în stare,* ***Eu*** *trebuie să fiu la fel!")*.

Acel „**a-ți flata**" copilul este o tehnică de motivație extrem de importantă în modificarea comportamentelor. În cea mai mare parte, adolescenții **merită** să fie flatați, dorindu-și atunci să fie la înălțimea elogiilor ce li se aduc și și-ar adapta *stilul* cu mult mai multă plăcere, decât în cazul unei avalanșe de atacuri și ofense. Poate fi unul din

mijloacele de accelerare a acceptării reciproce a *inevitabilei diferențe dintre generații* – a-l flata, chiar atunci când nu merită întru totul, a-l considera egalul tău, pentru a-l face să se „ridice". Chintesența este regăsită în posibilitatea de **a-l observa**, de a vedea ce e individual, personal, de a-i descoperi trăsăturile distincte. Atunci când părinții, educatorii sunt capabili să sesizeze *detaliul*, tânărul are sentimentul de a fi un „subiect" plin de atenție, ale cărui probleme merită analizate. A-i descoperi visele, aspirațiile și a le susține, a-i arăta că i-au fost remarcate eforturile și rezultatele obținute sunt mijloace sigure de a ajunge la efectul scontat!

Întrega garderobă a tinerilor din ziua de azi – ținutele vestimentare șocante – nu reprezintă decât un mijloc de a se flata singuri și de a-și imagina că sunt flatați de cei din jur, privit prin prisma faptului că unul pentru celălalt nu suntem decât *o oglindă psihologică*. Accentul este pus pe lucrurile vii, pe lumea ce evoluează rapid, pe coloritul cu importanță crescândă – ca mod de a reacționa față de ceea ce adolescenții consideră a fi *o lume fără eficacitate*. Antagonismele și imprevizibilul sunt sesizate instantaneu, fiind cercetată și găsită *o semnificație a nonsensului* – viața ca o continuitate în care nu există început, mijloc sau sfârșit. Forța motivației rezidă în *revizuirea timpului* – dacă ne-am aminti mai des că suntem muritori, nu ne-am mai irosi în lucruri banale, deoarece *anticiparea posibilului* reprezintă cea mai frapantă dintre facultățile umane – disponibilitate intrinsecă tânărului, ce-i este neglijată în încercările de a-i schimba conduita. În viitorul apropiat vom putea dispune în mod egal de o baterie de „ornamente" intelectuale și spirituale – „accesorii" de **flaterie**, din care pedagogii să poată extrage *un atribut potrivit* fiecărui adolescent.

În căutarea „butonului secret" pe care adulții l-ar putea acționa spre a „propulsa" tânăra generație în direcția autovalorizării și împlinirii potențialului latent, centrală rămâne manipularea *perspicacității* – ca singură formă veritabil umană de cunoaștere, de înțelegere bruscă a semnificațiilor. A determina adolescentul să-și modifice comportamentul și întrega personalitate în funcție de idealul construit anterior maturizării sale biologice și sociale înseamnă **a-i acorda libertatea realizării propriilor idei**, ajutându-l în clarificarea amănuntelor și luarea deciziei finale. Este bine cunoscută opoziția specifică vârstei, în care părinții par a fi mirați atunci când obțin comportamentul dorit al propriului copil cerându-i întotdeauna contrariul. Demonstrarea absurdității este o formă eficace de terapie prin conștientizarea realității, mai ales că nici un argument verbal nu poate convinge la fel de bine ca experiența.

Ameliorarea relațiilor interpersonale, lupta contra prejudiciilor, a-i face pe oameni să-și urmeze destinul spre fericire, a schimba obiceiurile în mod creativ și inovator, a combate frica, a promova acțiunea, a-ți stăpâni angoasa, a depăși obstacolele, a face să se dărâme „pereții" – iată manierele prin care inteligența pragmatică a tinerilor din ziua de azi poate fi pusă în practică. Metafora acestei generații și a luptei întru depășirea *vechilor concepții* poate fi reprezentată în paradigma lui *„Ce ai face dacă ai fi închis într-un cub?"*, deoarece adulții, inconștient și fără voie, pun „bariere" ingeniozității, subtilității și sexualității – ca simbol imemorial al **vitalității** – atitudini în fața cărora *„a sparge cubul"* într-o manieră violentă, agresivă și rebelă reprezintă singura alternativă de împlinire a viselor – atunci când, fără a fi egoist, te opui privării propriei ingeniozități și încerci pur și simplu **să-ți păstrezi controlul asupra destinului**.

6.3. Adolescența – identitate și identificare

Adolescența este perioada iluziilor, a tendințelor, a conflictelor interioare. Este o transformare a celui în cauză sub influența lui însuși și a lumii exterioare, dar o transformare mai ales specifică *inimii*, spre deosebire de perioada prepubertății în care evoluția graduală este marcată de modificarea corpului. Pubertatea există în toată lumea, fiind aceeași în nordul și în sudul planetei și numai printr-o eroare putem considera că pubertatea fetelor se petrece mai devreme! Ceea ce se întâmplă este doar o „stabilizare" a vârstei la care acest fenomen bio-psihologic „iese la iveală". Evoluția somatică presupune o „muncă de elaborare" a corpului, adolescența continuând cu rapiditate anii pubertății și completându-i cu modelarea sufletului.

Teoretic, ea este un fenomen universal, iar *aptitudinea de maturizare* se găsește în subiectul însuși și presupune inclusiv permeabilizarea sufletului spre a putea înțelege modul de gândire al sexului opus. Abordată fenomenologic, este diferită de *o vârstă* sau *un statut,* fiind o operație, o transformare logică a plăcerii infantile, ce va fi modificată și plasată sub apariția genitalității. În finalitatea sa este vizată reorganizarea emoționalității și a gândurilor din perspectiva cuplului. În raport cu metamorfoza propriului corp, apare dorința permanentă de a găsi o explicație *...părinții închid ușa camerei... sora sau fratele se îndepărtează puțin câte puțin...* și uneori apare sentimentul ciudat de a nu-și putea controla pulsiunile și personalitatea (după A. Birraux, 1999).

Pubertatea este anunțată de modificarea trupului și pare a fi neînțeleasă, tânărul căutând și dorind din răsputeri să-i dea un sens. Rămâne întrebarea: este un eveniment ce vine din interior sau din exteriorul psihismului? Și pentru că cel în cauză îl presimte, el îl așteaptă cu înfrigurare și se întreabă dacă va veni sau nu. De multe ori, transformările fizice bulversează psihicul. Este vorba de primele dorințe sexuale, ce sunt percepute ca a fi străine. Nu există experiență anterioară, căci nu este o repetiție a infantilului, ci realmente ceva nou! Este un moment paradigmatic, dar cu toate acestea adolescența poartă în ea un model ce se va regăsi în repetițiile ulterioare ale crizelor subiectului matur. Experiența somatică a pubertății obligă la o punere în cuvinte, la o metamorfozare a sufletului. În plan fenomenologic, *corpul adolescentului nu-i mai aparține* – apar senzații noi și o nouă percepție.

Credința are totuși o anumită infantilitate, ce-i permite integrarea în personalitate a acestor „modelări". Sunt bine cunoscute experiențele tinerilor de această vârstă în raport cu propria percepere în oglindă în clipele de intimitate. Pierderea simbolică a *trupului de copil* explică depresia adolescenței, căci *noul corp* exprimă radicala obligație de a accepta ireversibilitatea sexului anatomic.

Atât din perspectivă metapsihologică, dar și psihodinamică, centrală rămâne relația cu mama: la pubertate, copilul este obligat să renunțe la „azilul" matern. Este foarte dureroasă acea consolare solitară, substituită celei parentale. Schimbările și bulversările corpului, precum și ale relațiilor interpersonale determină acel **a fi singur** în încercarea de a „corespunde" lumii exterioare. Regăsim aici dimensiunea transgenerală, acea regăsire a unității, raționalizarea ca operație logică.

Cu timpul, avantajele transformării îi conferă o nouă satisfacție. Renunțarea la imaginea infantilă parentală nu este posibilă cu ușurință, motiv pentru care pubertatea simbolizează depresia. Fenomenul este reciproc, deoarece și părinții sunt capabili de

travaliul despărțirii de copil de-abia într-un anumit moment. Schimbarea scopului iubirii constituie radicala „descoperire". Încetul cu încetul, se dezarmează fantasmele copilăriei. Adolescența presupune o forță, uneori stranie și periculoasă, dar întotdeauna rămâne nevoia unui ideal social securizator.

Problema diferenței dintre sexe precedă adolescența, fiind prezentă încă din logica infantilă, dar acum această deosebire devine calitativă și perceptibilă subiectiv. Nu există tineri care să nu sufere, tot așa cum adolescența nu este o banalitate. Ea nu se adresează neapărat educatorilor, pediatrilor sau psihologilor, ci este problema fiecărui tânăr în raportul de dependență sau non-dependență cu propria familie, acel „a căpăta forță" spre „a-și lua zborul".

Modul psihoterapeutic de abordare a adolescenților rămâne *conversația*, moment în care se produce cu ușurință regresia afectiv-comportamentală. De multe ori, părinții nu înțeleg nuanța dintre *separarea* tânărului în sensul posibilității reflectării și pierderea totală a relației cu propriul copil. Căutarea soluției pentru adolescent presupune un fel de „distilare" a gândurilor. Nu este de neglijat problema constituirii imaginii narcisice care intervine în detașarea de familie. În separarea tată–fiu, o importanță deosebită o au fantasmele agresive ale tânărului, pentru depășirea momentului fiind necesare strategii defensive din partea adultului. Pe de altă parte, întâlnim tot mai frecvent adolescente anorectice, ce își refuză construirea propriei feminități și a bucuriei adiacente, această atitudine având ea însăși nuanțe sadice. Pentru astfel de fetițe este dificilă „spargerea" acroșajului matern, căci există liantul a ceva agresiv. Anorexia, ca și amenoreea sunt strategii patologice tranzitorii ce oglindesc refuzul sexualității și al feminității, exprimând o problemă de identificare și de acceptare a identității corporale (după A. Birraux).

Adolescența, văzută ca moarte a copilăriei, face ca schimbarea corpului (în care sunt încorporate dorințele parentale legate de sexul anatomic al copilului și de relația acestuia cu părinții) să fie interpretată ca un sacrificiu. Astfel, se redeșteaptă prima copilărie și totul se trăiește într-o manieră compactă și condensată a instantaneului, deoarece problemele actualului palier cronologic sunt deja puse, iar acum reînvie.

6.4. Separarea de copilărie. Negarea identității infantile

Palierul de vârstă cuprins între 15 și 18 ani se caracterizează prin definirea personalității și a sexualității din punct de vedere al atributelor psiho-emoționale. Metaforic vorbind, adolescența poate fi animată de dorința de a deveni adult, ca *stare de echilibru* spre care se tinde în această etapă fragilă a existenței. Cele patru dimensiuni majore ale *transformării spirituale* în cauză sunt:

- dezvoltarea conștiinței de sine,
- negarea identității infantile,
- construirea unei noi identități, în care un loc aparte revine *idealizării modelelor* alese ***și***
- impunerea acesteia.

Conştiinţa de sine se formează şi se consolidează prin adâncirea separării dintre cele două planuri: cel al realităţii exterioare obiective şi cel al lumii interioare subiective. Se accentuează astfel momentele de intimitate a Eu-lui, de reverie şi autoanaliză, îmbogăţindu-se viaţa lăuntrică prin dimensiunea *erotizării,* ce relevă o altă viziune, integrativă, a imaginii de sine (după Şt. Milea, 1988). Acum se desăvârşesc „mecanismele" implicate în emiterea judecăţilor critice, se afirmă valorile proprii prin convingeri puternice (idei – forţă, adânc implicate în structura personalităţii şi susţinute afectiv) – care uneori pot trece cu uşurinţă de la *apărarea* unor concepte precum *datorie, onoare, dreptate, adevăr* la *fanatism social, etic* sau *moral.* Aceasta este perioada internalizării normelor de conduită, aderarea la *roluri* şi *statuturi* bine construite (modelul de *părinte, tată, soţ, idealul profesional, imaginea partenerului mult visat),* „achiziţia" majoră reprezentând-o „saltul" de la *conformism* la *convingere.* Comparativ cu etapa precedentă, pulsiunile sexuale sunt reanalizate şi canalizate printr-o prismă mai matură, apărând subordonate voinţei, în timp ce recurgerea la *modă* se face datorită restructurării corporale – raportat la ceea ce este *plăcut* de grupul de apartenenţă.

Conştiinţa de sine devine astfel un factor activ de autoreglare şi control, pârghie în procesul socializării prospective (Şt. Milea), căci se activează acel „potenţial latent germinativ", ce reprezintă nucleul evolutiv pentru autovalorizarea, dezvoltarea şi maturizarea personalităţii, reliefându-se încă o dată rolul princeps al viitorului. Adolescentul apare uşor temător, labil, excelând în „extreme" în încercarea sa de a-şi apăra viaţa intimă ca „bunul cel mai de preţ", motiv pentru care „destăinuirile" sunt limitate şi există o continuă şi nejustificată frică de „trădare".

Îşi impune noua identitate regândind *totul,* pornind de la faptul că în prima etapă *ştie în primul rând* ***ce nu vrea****, urmând ca abia apoi să realizaze* ***ce-şi doreşte cu adevărat*** (Şt. Milea). Despărţirea de copilărie se face într-o manieră „zgomotoasă" şi demonstrativă, cu aroganţă, dramatizare şi extravaganţă – ceea ce numim, pe bună dreptate, **criza de originalitate juvenilă** – izvorâtă din neîncrederea în sine, speranţa de a se elibera de conformism şi nevoia de a fi validat de grup. Prieteniile transformă şi modelează personalitatea individuală, există principiul subordonării la interesele celorlalţi, obligaţiile sunt de la sine acceptate, iar dragostea *„trebuie meritată".* Gândirea capătă amprenta filozofiei prin abordarea cu predilecţie a temelor abstracte, luând rolul de *for interior,* „sacrificând" imaginaţia prin apropierea sa tot mai mare de realitate.

Restructurarea afectivităţii porneşte de la descoperirea limitelor competenţei adulţilor. Prestigiul acestora nu mai decurge automat din faptul că părinţii i-au dat viaţă, ei trebuind să facă „proba" de a merita respectul adolescentului. Formele extreme pot duce la sfidarea autorităţii, deşi, dacă privim mai în profunzime, sesizăm că, inclusiv atunci când purtarea tânărului sugerează tendinţa de a o „rupe" cu părinţii, el nu vrea, de fapt, decât *„să-şi încerce forţele".* Adolescenţa presupune renunţări şi sacrificii, al căror „motor" este depăşirea dependenţei afective a copilăriei şi transformarea ei în **ataşament** (sentiment resimţit vizavi de persoane cărora nu le datorează nimic aprioric). *Prima dragoste* se împleteşte cu judecăţile estetice şi urmează etapele dezvoltării emoţiilor – *revoltă, închidere în sine* şi *exaltare* (Şt. Milea). Maturizarea nu se desfăşoară „ca de la sine", existând dificultăţi şi perioade solicitante – uneori disimulate – fie dintr-o falsă pudoare, fie dintr-o structură introvertă, în permanentă poziţie de a apăra *ceva* în faţa unor părinţi neliniştiţi, egoişti, centraţi pe propriile

ocupații, ezitând în rezolvarea problemelor de viață, ce le prezintă tinerilor greșelile pasagere drept catastrofe de netrecut.

Personalitatea nevrotică a timpului nostru, de care amintea Karen Horney, dobândește alte valențe, date fiind multitudinea și diversitatea mijloacelor de informație – iluziile, erotismul de fond, problema deformatelor valori oferite de mass-media, ce induce o depersonalizare care atrage după sine o facilă intrare în anonimat, în lumea celor mulți și ratați (copiii – sportivi sacrificați pentru idealurile gracile și superflue ale părinților, fotomodelele pregătite inconștient și involuntar pentru eșecuri în planul relațiilor intime, bazate pe o structură masochistă și înclinată la sacrificii). Se mijlocesc cu ușurință contactele interumane tranzitorii, superficiale, animate de miraje și curiozități, iar psiho-sexualitatea se „diluează" încet, datorită lipsei unei ghidări adecvate printre „stâncile" ce reprezintă greutățile vârstei.

Adultul – părinte sau educator – ar trebui să-și cunoască, să-și definească și să-și investească propriul rol, asemănător cu acela al unui *navigator–explorator atotcunoscător al „zonei"*, reușind să-i ofere tânărului atât satisfacerea trebuinței de a fi iubit (ardentă, primară și intens folositoare), cât și puterea de a se destăinui fără teama de a fi ulterior umilit. Părintele, „deghizat" în **„antrenor social"**, trebuie să știe că *o victorie prea ușoară dezamăgește* (Șt. Milea), dovedind permisivitatea extremă a celor mari, fără a uita nici o clipă reversul medaliei, pentru că totuși *viața nu este o luptă cu morile de vânt!*

6.5. Adolescență și sexualitate – de la pulsiune la sentiment

Autentica împlinire sexual-afectivă este trăită la adolescență de cele mai multe ori **în plan fantasmatic**, în timp ce **dimensiunea reală** a acestor experiențe lasă uneori urme amare. Suntem medici, și dintr-o *falsă pudoare* originată într-o permanent invocată *„lipsă de timp"*, din *neconștientizarea adevăratei întinderi a reminiscențelor sădite de traumele acuplării* sau dintr-o *lipsă a pregătirii de profil*, ajungem să cunoaștem această dinamică fiziologică firească, de-abia atunci când ne confruntăm cu ***efectele nocive*** provocate de ***lipsa unei educații sexuale adecvate, mature*** – ca o elementară profilaxie a tulburărilor emoționale de mai târziu. Deși energia fizică și psihică are la bază instinctele, ne-am obișnuit să gândim dintr-o perspectivă intens alopată, uitând că multe dintre simptomele tinerilor ar putea ascunde *o dramă a vieții intime.*

*Am întâlnit de curând o tânără al cărei comportament de „doctor shopping" și multiplele investigații hormonale efectuate în antecedente erau centrate de obținerea asigurărilor legate de **„buna funcționare a organismului feminin"**. La un contact psihologic mai profund, a devenit evident cum normalitatea clinică îi părea de neînțeles, atâta timp cât în spate funcționa impactul negativ al scenei dezvirginării. Frustrarea acumulată, interpretată ca afront narcisic, a determinat o disperată căutare a unui substitut de afectivitate, pe măsură ce refularea nereușită a generat impulsiuni bulimice și dificultăți de acceptare a schemei corporale cu interpretări perceptuale eronate – nucleul nevrotogen al actualelor probleme de sănătate. Tensiunea intrapsihică învestită în negarea durerii morale s-a convertit în senzitivism, agresivitate și refugiu hipocondriac.*

În astfel de cazuri, medicii se grăbesc să-l informeze pe tânăr despre deplina sa sănătate fizică, deşi inconştient acţionează un sexism în virtutea căruia, mai în glumă, mai în serios, totul se explică în termeni de *satisfacţie* sau *privare* în plan erotic. Şi totuşi, consultaţia medicală se limitează la sfaturi superficiale de tipul *„mai du-te şi tu cu mama la teatru"*, *„de ce nu practici un sport?"* sau laitmotivul *„toţi trec prin asta"*. Părinţii, în urma *greutăţilor de zi cu zi*, ajung să nu mai pună preţ pe revigorarea oferită sufletului de un contact sexual reuşit, motiv pentru care le prezintă copiilor *sfera pulsiunilor libidinale* drept sursa unei culpabilităţi extreme. Dorinţa carnală este miracolul umanităţii însăşi, despre care ar trebui să discutăm deschis.

Nicăieri, **sexologia** nu este studiată direct. Endocrinologia, pediatria şi chiar psihiatria evită abordarea frontală a **instinctualităţii** ca **filon al creativităţii umane**, prin erijarea în studiul fiziologicului, hormonalului sau al patologiei gândirii erotico-motivaţionale. Cu toate acestea, rolul nostru ca medici este de a stopa ***macrotulburările sexualităţii*** văzute ca o ***criză a personalităţii adolescentine***. Până la a acţiona la nivel general, ne putem axa pe aprofundarea cunoaşterii psihologice a tinerilor, chiar atunci când ei se prezintă pentru investigaţii de rutină, încercând în banalele conversaţii *face-to-face* să le încrustăm **nevoia de a recupla sexualitatea cu afectivul**, refăcând clivajul ce s-a produs în actuala *lume dură*, o dată cu destrămarea mirajelor copilăriei. Atunci, suportul securizant al celuilalt devine **o necesitate**, de alt ordin şi la alt nivel decât dorinţa pubertală *de a fi împreună*. Ideal este atunci când există **NOI** ca refugiu, ca suport, ca rezervă energetică necesară renaşterii emoţionale în urma confruntării cu vicisitudinile inerente condiţiei umane.

6.6. *Teribilismul* adolescenţei şi riscul constituirii unei *personalităţi histrionice*

În anii de liceu, fiecare tânăr încearcă să-şi construiască propriul fel de-a fi – reuşind mai uşor sau mai greu să fie acceptat de cei din jur, dorindu-şi mai mult sau mai puţin acest lucru, în funcţie de nevoia de securitate afectivă care, fără a ne da seama, atinge acum cote maxime. Adolescenţa este *un moment al adevărurilor interioare nemărturisite*, atunci când îţi analizezi strădania, dar întrezăreşti prin ceaţa multiplelor nesiguranţe şi profilul de peste ani, în virtutea căruia îţi reprezinţi mintal şi cu ardoare cucerirea necunoscutului. Uneori, discrepanţa dintre imaginea părinţilor ideali – asiduu construită şi apărată în copilărie – şi realitatea pe care curajul tinereţii nu o poate totuşi înfrânge te face să te simţi jenat, ruşinat, de parcă a-i vrea să te pierzi sau a-i vrea să-ţi ascunzi originea, să-ţi negi „rădăcinile", spre a nu te simţi contaminat de acea parte „nedorită" a *„primitivismului"* acestora. Asemenea fetiţei ce se închipuie prinţesă sau băieţelului care aşteaptă Zâna Bună, la 15 ani, atunci când mijloacele de stăpânire a destinului nu sunt încă solide, cea mai simplă modalitate de împlinire este *calea fantasmatică*. Vom întâlni cu uşurinţă *simularea, meta- supra- sau disimularea*, acele „castele de nisip" alcătuite din convingerile şi concepţia despre lume şi viaţă, construită prin prisma viselor adolescentine.

Este vorba despre *teribilism*, ce îmbracă aspecte variate: de la fruste note histrionice – ca „arme" ale seducţiei – şi până la îngrijorătoare forme de mitomanie. Din

dorința de a cuceri, tinerele domnișoare transformă momentul pierderii virginității într-un desuet *„aici și acum"* și utilizează întregul arsenal feminin – începând cu expresii emoționale adânc studiate în „miraculoasele" oglinzi și terminând cu exteriorizarea labilității afective ca marcă a rafinamentului, educației și culturii izvorâte din romanele sentimentale „la modă". Ambivalența, ca o caracteristică a vârstei, se exprimă printr-o pendulare între nevoia de a dărui suport moral și prezentarea repetitivă, obositoarea a propriilor probleme – autentice sau fictive –, dar care au un sigur rol în atingerea scopului inconștient de a stârni admirația. Simptomele frecvent întâlnite – anorexia, anxietatea, dispoziția depresivă, lipotimiile sau bine cunoscutele „crize de spasmofilie", departe de a avea o cauză organică, sunt evidențierea unui conflict intrapsihic sau a unei psihotraume ce scapă controlului voluntar. Părinții refuză să accepte vulnerabilitatea sufletească a copilului, și reproșând la nesfârșit acel *„stăpânește-te"*, nu fac decât să întrețină un cerc vicios în urma căruia conduita emoțională dezorganizată tinde să se permanentizeze. Ei își „declină competența" la contactul cu *starea de rău* a tinerei, considerând salvator medicul ce *știe* să administreze *calciu* și *diazepam,* în locul unei înțelegeri mutuale.

Dacă în familie cel în cauză nu-și găsește locul, mai vie sau mai estompată, tendința de a polariza atenția celor din jur este prezentă, regăsită chiar atunci când, fără a spune că este „nepotul" unei mari personalități, el va lăsa să se înțeleagă nobilele rude. Pentru a fi acceptat de prieteni, caracteristică este *mobilitatea dispozițională*, atunci când se „mulează" stării de spirit a grupului, pe care o trăiește mai accentuat decât interlocutorii. Dacă prietenul este afectat negativ dintr-un motiv oarecare, el dezvoltă reacții similare resimțite exagerat. Deseori, aceasta este perioada schimbării atitudinilor, intereselor, renunțării cu ușurință și fără motiv aparent la grup, în ciuda frumoaselor amintiri. O astfel de **personalitate histrionică** va căuta sau va cere constant reasigurare, aprobare și laudă, va fi extrem de preocupată de aptitudinea de atracție fizică pe care o poate induce, deși stilul său comportamental îmbracă aura unui impropriu fel de a fi. Este egocentrică, orientându-și acțiunile spre satisfacții imediate, lipsindu-i toleranța la frustrare, dar erijându-se într-o vorbire declamativă din necesitatea imperioasă de a impresiona.

Aici am putea include acei tineri *aventurieri excitabili*, extravaganți, înclinați spre *frizarea riscului*, acționând de multe ori inadecvat; adolescenți ce se prezintă posibilelor partenere drept „partida mult așteptată", ce-și inventează sieși sau părinților majore realizări existențiale, călăuziți de superficialitate, dorind cu ardoare noutatea, stimularea și plictisindu-se rapid de rutina normalității. Bărbați ce se percep ca fiind încântători, alunecând spre o figurativă fantezie romantică, dar inconsecvenți și lipsiți de o judecată solid ancorată, așteptând „din afară" soluții magice. Tineri capricioși, sugestionabili, ușor de influențat. În viața intimă, astfel de adolescente sunt mai înclinate să se autosituieze într-o poziție *de dependență*, în timp ce pentru sexul opus este mai des întâlnită *tendința de control absolut.* Deși aparent sexualitatea este domeniul despre care ar discuta cu o mare lejeritate, ei sunt departe de a experimenta emoții puternice în momentele de cuplu datorită unei *hiporeactivități* generale, mascată de utilizarea unui vocabular vulgar și de aderarea la ideea partenerilor „de ocazie" (după DSM IV, 1994).

În anumite limite, aceste trăsături sunt comune și tranzitoriu întâlnite la majoritatea adolescenților, dar riscul este acela ca, în lipsa unor mijloace educaționale adecvate, să se transforme într-un *tablou de personalitate* al „exploatatorului interpersonal", ce

minte spre a-şi împlini reveriile şi ajunge să creadă că necazurile sale sunt unice şi pot fi înţelese numai de oameni „speciali". Viitorul adult va deveni lipsit de empatie, aşteptând nejustificat putere, strălucire şi succes, resimţind acut sentimentul de invidie în faţa acelora mulţi ce **se pot bucura de fericirea propriilor limite**, fără a avea nevoie de calităţi imaginare spre **a se accepta**.

6.7. Recurgerea la drog – *fenomen social* versus *structură particulară de personalitate*

Atunci când ne întrebăm cine ar avea curajul să facă apel la **voinţă** pentru a aduce modificări **comportamentului** – pare că o simplă recomandare ar fi suficientă (D. Ernest).

Cu aproximativ doi ani în urmă, eram de gardă la un spital de copii din Bucureşti. Mă obişnuisem destul de repede cu patologia pediatrică şi mi se părea că lucrurile se desfăşoară ca de la sine, până când... Într-o după-amiază de sâmbătă a fost adusă de către medicul de Salvare o tânără de 15 ani, cu o simptomatologie ce ieşea oarecum din tiparele cunoscute. Cu 20 de minute în urmă prezentase tahipnee, aritmii, excitaţie, cefalee, convulsii, după care a intrat în comă de gradul I cu hiperreflexie, mioză punctiformă, bradipnee şi hipotensiune. Am evaluat rapid în minte posibilele intoxicaţii acute voluntare medicamentoase şi mi se părea că totul este vag, nespecific, neîncadrabil cu certitudine în categoria sedativelor sau tranchilizantelor – primele la care mă gândisem ca fiind la îndemâna şantajului adolescentin. În câteva minute, lucrurile s-au precipitat..., s-au adunat toţi medicii şi concluzia a fost că fetiţa trebuie transferată de urgenţă la Spitalul „Grigore Alexandrescu", unde există centru de toxicologie. În urmă au rămas doar cuvintele şi mirarea... „cine ştie ce-o fi luat... acum, cu toate drogurile astea care circulă prin licee..." ...Şi disperarea unei mame ce-şi privea copilul în ghearele morţii, afirmând continuu că doar cu jumătate de oră înainte se întorsese veselă, e-adevărat – puţin cam ameţită(!), de la o întâlnire în parc, după orele de şcoală... Dincolo de aspectele medicale, rămăsesem impresionată de zbuciumul sufletesc al părinţilor, care printre lacrimi au apucat să-mi destăinuie cum cu doi ani în urmă *soarta crudă* le-a mai răpit un băiat, de 21 de ani, într-un stupid accident de maşină. O explicaţie empirică a izbucnit spontan: *„...fetiţa noastră, ştiţi, de-atunci suferă... n-am ştiut cum s-o ajutăm... ne e frică să n-o fi apucat pe căi greşite..."*.

S-a vorbit şi se vorbeşte mult despre – ceea ce generic numim – **consumul de droguri**, accentuându-se **dimensiunea socială**, mai ales că *„înainte, nu se întâlnea aşa ceva la noi"*. Cu certitudine că fenomenul a luat amploare şi cele mai la îndemână mijloace de a-l stopa sunt interdicţiile legice legate de distribuire, consum, coruperea minorilor...Ceea ce cunoaşte publicul larg este acel *„uite, cum s-a ajuns astăzi... o tânără fată este invitată la cofetărie şi i se pun droguri în prăjitură..."*. Desigur, cazul este real şi îngrijorător, atunci când se profită de inocenţă, de lipsa experienţei de viaţă...; ne putem gândi chiar că acestea sunt „armele" moderne ale seducţiei... o seducţie perversă ce oferă o diabolică plăcere unor minţi bolnave, înlocuind clasica şi „perimata" satisfacţie a *donjuanilor de altădată*. Dar, pentru a putea face faţă acestui

„flagel al civilizației", trebuie să analizăm în profunzime, să *sondăm* aceste fragede personalități în devenire, spre a afla motivațiile ascunse, traumele, conflictualitatea, dorința de a fi acceptat, nesiguranța existențială ce-i îndeamnă pe tineri să apeleze, acum mai mult ca niciodată, la această lume fantasmatică... O simplă remarcă nesemnificativă a unui profesor, reproșurile – nu întotdeauna justificate – ale părinților, atât de invocata *decepție sentimentală* și imaginația, susținută de drog, propulsează...

Din păcate, cele mai frecvente și mai deprimante situații se întâlnesc atunci când tânărul *în cunoștință de cauză, „de bunăvoie și nesilit de nimeni"* recurge la aceste *împliniri iluzorii.* Aici întrezărim **resortul profund** asupra căruia trebuie să acționăm pentru **a înțelege**, înainte de **a pedepsi**, deoarece permeabilitatea la **„ispită"** ne este încrustată genetic, din toate timpurile existând *structuri psihice* rezistente și oameni „mai slabi". Sigur că imitația, contagiunea afectivă, „spiritul grupului", o greșită interpretare a empatiei sau *teribilismul* în construcția propriului fel de a fi **instigă** și **direcționează** conduita prin prisma acceptării necondiționate și necritice a influențelor celorlalți. Aceasta este aparența, la care din comoditate sau din teamă ne oprim cu explicațiile, când latent funcționează frustrări afective de netrecut, *ne-mărturisiri interioare,* angoase și sentimentul renunțării la lupta autodevenirii.

Fără a pune la îndoială buna-credință și acea „cuminţenie" apriorică a oricărui copil, ne întrebăm totuși în câte din cazuri scena primei „ademeniri" este reală sau re-inventată prin combinatorica fabulației, atunci când culpabilizându-l *pe altul* găsești o scuză plauzibilă pentru propriile impulsiuni pierdute de sub control. **Dimensiunea socială** a fenomenului o estompează pe cea **psihologică** și poate că ar fi momentul să analizăm structurile permisive ce aderă cu ușurință la acest mod inconștient de a-și face rău. Fără a fi inutilă munca organizațională, instituționalizată – ca simbol al unei autorități de stat represive în raport cu latura de *contaminare* socială, nu trebuie omis accentul individual – susținerea personalităților imature, dominate de impulsiuni sau note histrionice, care s-au dovedit a fi cele mai „receptive" psihologic la drog.

Dacă am analiza cu atenție trecutul acestor tineri, am vedea cum *dependența* este, de fapt, *o nevoie de dependență*, finalul unui lung șir de comportamente ce-și originează concepția despre lume și viață în iluzia unor profunde prietenii..., *adolescenta ce se simțea securizată de faptul că agenda telefonică însuma peste o sută de persoane la care putea apela în orice moment al zilei sau nopții pentru o doză...; șubred paravan de sprijin emoțional pentru o fostă fetiță anorectică, adesea uitată până seara târziu într-o grădiniță pustie...*

Recurgerea la drog este întâlnită și la celălalt pol al dezvoltării intelectuale și afective, atunci când individul este lipsit total de orice motivație – fie ea și inconștientă – comportamentul său fiind dominat de mimetism primitiv situat pe treptele bazale ale dezvoltării de sine. Aici ar intra – actualii sau foștii – *copii ai străzii,* pentru care speranța recuperării emoționale – ca garanție a unei elementare profilaxii antidrog – este din start pierdută.

Departe de a fi universal valabil, am încercat să conturăm aici **tabloul de personalitate** al adolescentului înclinat spre consumul de drog, profil ce se poate înscrie într-unul mai general, al **dependenței emoționale**, atâta timp cât aderăm la ideea că *lumea fatasmatică a heroinei* oferă unora dintre noi, acelora *moralmente învinși,* **un plus de afectivitate**.

6.8. Greşeli de copil – greşeli de părinte

Reacţia adolescentină **de opoziţie** *sau* **protestul patologic** exprimă o atitudine de revoltă a tânărului în cauză ca răspuns la o condiţie neadecvată de mediu. De multe ori trece neobservată, mai ales când îmbracă forma caracterului pasiv, neexteriorizându-se prin „crize“ sau acte hetero-agresive. Se poate manifesta ca refuz şcolar, părăsirea domiciliului, ideaţie suicidară, având pentru cei din jur, dar mai degrabă pentru părinţi, conotaţia unui fenomen *neaşteptat*, ca o descărcare brutală a unor tensiuni îndelung acumulate. Disimulată *sau* „neluată în seamă“ de anturaj, aparent, se stinge treptat. Adulţii afirmă „încântaţi“: *„Şi-a revenit! Acum e atât de cuminte, încât nici nu mai iese din casă!“*. Toleranţa familiei la depresie este crescută! Copilul „nu le mai face probleme“, motiv pentru care nu trebuie supravegheat! Treptat însă, se face virajul spre ceea ce numim **reacţie de demisie**. Sunt acei adolescenţi neîncrezători, cu un nivel aspiraţional scăzut comparativ nivelului performanţial autentic, ce lasă impresia de a fi dominaţi de *lene* sau *nepăsare*. Fără a aparţine neapărat „marii psihiatrii“, ei au totuşi o viaţă jalonată de lipsa curiozităţii şi interesului, scăderea voinţei şi iniţiativei, sugestibilitate şi influenţabilitate, *simptome* pe care le putem reuni sub sensul comun al bine cunoscutei expresii de „a se lăsa în voia sorţii“. Aceşti tineri ajung „o pradă uşoară“ tentaţiilor de tot felul, curselor întinse de adevăraţii psihopaţi, versaţi, în căutare de noi victime. Confruntaţi doar cu eşecuri, lipsiţi de încurajări, rejectaţi şi desconsideraţi, interpretează orice efort pasibil de rezultate favorabile prin prisma inutilităţii, ca o apărare la sentimentul general de a fi *depăşiţi de obligaţii* (după Şt. Milea).

Aceasta ar fi şi situaţia Anei V., 17 ani, adusă la spital de părinţi pentru abandon şcolar. La primul contact se remarcă o tânără îngrijită, coerentă, cooperantă, timidă, inhibată şi reţinută, care disimulează simptomatologia depresivă, rămânând la acuze superficiale de genul unei cefalee difuze cvasipermanente veche, astenie şi fatigabilitate, afirmând repetat: *„Nu ştiu de ce mi se întâmplă asta, eu nu vreau decât să nu mai merg la liceu!“*. Vine însoţită de ambii părinţi (ce nu au împlinit încă 34 de ani!), mama luând iniţiativa în expunerea anamnezei – hiperprotectivă, anxioasă, cu tendinţă la plâns, resimţind culpabilitate în raport cu perturbările emoţionale ale fiicei. Se remarcă *aparenţa* unei familii organizate, sub care întrezărim marcate tensiuni şi conflictualitate între soţi.

Tatăl – neidentificare cu rolul parental autentic, datorită unei lungi perioade de absenţă (şase ani) – suprapusă peste vârsta pubertăţii fiicei (contract de muncă în străinătate); note de imaturitate comportamental-atitudinală (invocă nevoie adolescentină de „libertate“, relaţii ocazionale de prietenie cu tinere de 20 de ani); neimplicare în rolul conjugal (impulsivitate, agresivitate, „independenţă“). În momentul prezent – neliniştit de perturbările emoţionale ale fiicei, reacţionează în manieră agresivă: *„Ce dacă te omori? Mai avem un copil! Suntem tineri şi mai facem unul!“*.

Mama – emotivă, labilă, tensionată, uşor deprimată, considerându-se vinovată pentru hipercenzura în care şi-a crescut fiica; ascunde problemele conjugale; se

sesizează tendinţe masochiste inconştiente, ce conturează prototipul „femeii sacrificate pentru familie şi copii", agresată verbal şi fizic de soţ, recurgând la consumul de alcool şi ameninţându-şi fiicele cu suicidul.



Ca activitate şcolară, Ana a fost premiantă în clasele I – X, la începutul clasei a XI-a prezentând o „cădere nervoasă", pe care „a trecut-o singură"; din afirmaţiile mamei – după o *decepţie sentimentală*, consecutiv căreia a reuşit să termine clasa a XI-a cu media generală 7,14. În septembrie, la începutul noului an, nu poate face faţă contactului psihic cu colegii şi atmosfera liceului, în câteva săptămâni ajungând la refuz şcolar şi interpretare depresivă a performanţelor anterioare (*„Sunt proastă!", „Am citit extrem de puţin!", „Am luat premiu din întâmplare!")*. Doreşte transferul la un liceu mai slab, motivând *că „nu se ridică" la standardele cerute de un Colegiu Naţional.* Atitudinea profesorilor este de tipul: *„Este o elevă foarte bună; să se mai gândească!"*.

Vulnerabilitatea la psihotraume se poate sesiza încă din anii copilăriei, cristalizându-se o structură de personalitate de tip distimo-labil, cu note anxioase – în context reactiv, în prezent decompensată depresiv. Corelatele inconştiente sunt legate de dorinţa de autopedepsire şi de culpabilitatea originată în relaţia de simbioză cu nefericirea mamei. Ana le „descoperă" părinţilor incapacitatea de dăruire autentică – *„întotdeauna îmi reproşeau că m-au adus pe lume spre a le aduce lor mulţumire sufletească!"*. Mama este speriată, afirmând în repetate rânduri: *„mi se pare că mă pedepseşte!", „parcă vrea să-şi facă ceva rău, să ne atragă atenţia!"*. Cele două femei sunt într-o permanentă nevoie de afecţiune nesatisfăcută, „cerându-şi" reciproc mai multă securizare şi sprijin decât poate cealaltă să ofere. Este greu de reconstruit o

relație terapeutică, Ana refuzând comunicarea cu mama – pe de-o parte, ostentativ, pe de alta, simțindu-i lipsa de „putere sufletească" necesară spre a-i accepta și, eventual, a-i contracara descărcarea durerii. În copilărie i s-a „inserat" imaginea unei mame *slăbite psihic,* temătoare de aria sexualității și dăruirii empatice, ceea ce a „obligat-o" pe tânără la adoptarea rolului *puternic,* înfruntând un tată ce se „apăra" într-o manieră violentă.

Patternul *învățat* al iubirii este unul de tip: *dăruire–victimizare–pedeapsă–nefericire,* dovadă atracția spre a iubi un băiat ce se droghează, oferindu-și sentimentele (și chiar pe sine!) drept „instrument" de ajutor. Este fascinată de suferință – *„mi-am început viața sexuală din curiozitate, din prostie, din teama de singurătate", „mi-era frică să nu mă părăsească", „simțeam lipsa cuiva care să mă iubească", „mă făcea să mă simt importantă".* Se întrezărește tentația de a-și *umili* mama, prin alegerea unui partener total opus modelului acesteia. Din păcate, puternica înclinație inconștientă spre traume o face să sfârșească timpuriu și dramatic această relație, consecutiv unui avort. Ulterior, se refugiază în *refuz nevrotic,* atitudine de respingere a sexualității și impulsiuni bulimice, care compensează carențele afective. Angoasa de abandon este deghizată în nevoia de valorizare.

Ana vine la ședințele de psihoterapie după o perioadă de câteva săptămâni de negare a depresiei printr-o tehnică de autohipnoză improvizată, în care-și imagina cum șterge cu guma de pe scoarța cerebrală evenimentele *grele.* I se *construiește* un climat de acceptare, în virtutea căruia nu-i este contestată incapacitatea de a frecventa școala. Învață să-și înfrunte mama în plan fantasmatic. Are mai multe momente de catharsis emoțional, după care s-a recurs la *relativizarea* celor întâmplate și la repetate *probe ale realității.* Discuția cu mama a fost centrată de necesitatea de a trece cu bine *dovada puterii* – acceptând tăcerea fiicei drept pedeapsă –, *consumarea culpabilității la mică amplitudine,* în care adoptă o atitudine defensivă, așteptându-și reproșurile. Avem lungi discuții legate de dorința ei de autopedepsire și de teama – mai mult sau mai puțin conștientă – de a nu repeta istoria de viață a mamei. Părinții sunt ajutați să înțeleagă că *băiatul nepotrivit* nu este cauza „răului" ce se petrece cu Ana, ci alegerea este consecința *cererii* depresive de a-și face rău. Totodată sunt deculpabilizați, întărindu-li-se imaginea de **cuplu**, și se modifică „arhetipul" mult blamat al tatălui, ce este acceptat drept **aliat** în viitoarea confruntare în real cu climatul socio-relațional al școlii. Încercarea este „de cursă lungă", dar încununată cu speranțele noastre – părinții tineri greșesc o dată cu adolescenții, dar din fericire reușesc să se îndrepte ***primii!***

6.9. Psihotraumă adolescentină *versus* debutul unei boli grave

Pacientul C.C., 17 ani, a fost internat pentru orientare școlar-profesională și tratament recuperator. De circa 2 ani acuză dureri vag localizate la nivelul articulației coxofemurale, cu iradiere ce nu respectă nici un traiect nervos. Obiectiv, se evidențiază dificultăți de mers și frustă amiotrofie prin scăderea solicitării musculaturii membrului respectiv. Toate investigațiile paraclinice (umorale și imagistice – inclusiv CT, RMN) nu prezintă modificări. În aceste condiții, în afara examenelor medicale

complexe, se recomandă un examen psihologic, ale cărui rezultate le prezentăm în continuare.

Anamneza:

Simultan acuzelor reumatologice, se identifică tulburări de natură psihosomatică cu debut insidios – aparent în legatură cu o psihotraumă de coloratură adolescentină (schimbarea locuinţei, separarea de cercul vecinilor). Din relatările mamei, reiese că durerile au început la un an şi jumătate după acest incident, identificându-se o anumită vulnerabilitate legată de semnificaţia personală atribuită situaţiei. Boala debutează cu un episod de două săptămâni, care, după descriere, sugerează o depresie de intensitate medie (refuz în a părăsi camera, în a comunica cu părinţii, cu păstrarea în limitele normalului a comportamentului alimentar). Hipobulia şi retragerea socială (inclusiv izolarea totală de cunoştinţe) fac ca episodul să depăşească o obişnuită *criză adolescentină a opoziţiei*. În ultimele şase luni se accentuează indiferenţa, tendinţa spre consum de alcool şi spre abandon şcolar (şase corigenţe, absenţe frecvente la un elev cu rezultate anterioare bune). Acestea sunt justificate prin lipsa energiei şi sentimentul neputinţei.

Discursul se centrează pe frustrarea separării de prieteni, apatia faţă de care nu are interpretare, rezultatele şcolare nesatisfăcătoare, care par a-l nelinişti, negând total orice alte simptome auxiliare.

Din relatările mamei, se întrevede o tendinţă accentuată către comportamente bizare (aderenţa crescută faţă de articolele revistelor gen „paranormal", preocupări exagerate legate de fitoterapie – consumă selectiv numai anumite alimente, cu multiple interpretări adiacente, „obligându-i" şi pe cei din familie – mai ales pe mamă – să-i urmeze exemplul, execută frecvente schimbări de decor al camerei, în concordanţă cu „anumite meridiane" şi „culori" cărora le acordă o simbolistică particulară).

La o anamneză mai profundă a mamei se identifică faptul că debutul real al acestor comportamente corespunde unei psihotraume mai „adânci" (copilul află că mama este diagnosticată cu neoplasm uterin, încercând să mascheze şi să aibă chiar şi în momentul prezent atitudinea de negare a diagnosticului). Separarea de prieteni devine astfel o amintire ecran faţă de o *durere mută*.

Observaţii şi interpretare

Manifest: nelinişte şi uşoară revoltă, legate de actul psihodiagnostic cerut de părinţi, timiditate, sensibilitate, astenie, dispoziţie depresivă, epuizarea resurselor energetice.

Latent: doză crescută de agresivitate, cu consum energetic marcat pentru mascare, ambivalenţă extremă faţă de mamă (*inconştientul „cum ţi-ai permis să mă faci să sufăr, îmbolnăvindu-te?"* trece într-o *reacţie conştientă de tipul „cum ţi-ai permis să mă desparţi de prieteni?).* Se identifică o puternică fixaţie parentală şi o încercare de tip gândire magică, primitivă, de apărare a persoanei iubite prin comportamente de coloratură bizară.

Rezultatele investigaţiei psihologice

Testele de desen: lipsa ancorării în realitate şi sentimentul nesiguranţei legat de comunicarea autentică în familie. EU cu încercare de a se menţine puternic, deşi subminat de multiple stresuri atât pe linie maternă, cât şi paternă, cele mai importante adânc implantate în structura personalităţii, fiind petrecute în copilăria timpurie. În prezent, tensionare interioară, nelinişte, nesiguranţă, lipsa unei căi autentice de manifestare – „dezorganizarea" interioară exprimându-se comportamental prin

iritabilitate, irascibilitate, impulsiuni, excitabilitate şi o frustă anxietate neconştientizată; *multiple relaţii sociale „închise"*.

Szondi: pasivitate, personalitate cu prognostic favorabil, simptomatologie histeroidă; aderenţă nevrotică şi fond incestuos. În prim-plan, *factorul p* este singurul element patologic ce poate fi pus în relaţie directă cu aspectele sexualităţii, particularizând interpretativitatea în raport direct cu relaţia maternă.

Luscher: vulnerabilitate la stimuli exteriori, sentimentul nerecompensei, inconstanţă, neperseverenţă, nerăbdare, agitaţie, egocentrism, distanţă afectivă, susceptibilitate – epuizare nervoasă şi luptă împotriva fixaţiilor neconştientizate.

Concluzia testelor de personalitate : profil adolescentin inhibat, cu fixaţie maternă – în prezent, asteno-hipobulic-depresiv, consecutiv unei psihotraume majore; elemente de interpretativitate (conştient mascate).

Impresia clinică globală: posibil debut nevrotiform al unei schizofrenii.

CAPITOLUL 7

Eternul masculin – eternul feminin

Ne deghizăm în arhetipuri
Să ne prefacem că trăim
Oedipienele tertipuri
Şi la final – ne rostuim.

7.1. Genealogia inconştientă

7.1.1. Dragostea ca „funcţie psihică" indispensabilă

În ciuda imaginilor individuale despre ceea ce este, a fost sau ar putea fi **dragostea**, aceasta rămâne *un fel de* funcţie psihică, de care omul, pur şi simplu, are nevoie. Din acest motiv, ea impregnează întreaga sferă psihică, producând o gravitaţie constantă. Variatele aspecte determină la nivelul a ceea ce numim *psihism colectiv* existenţa unui erotism de fond, dar şi a unei anumite castităţi.

Ar fi absurd să „clasificăm" dragostea, dar începând cu scriitorii şi terminând cu psihologii, oamenii au avut nevoie de „ordine", de explicaţii, de „compartimentare didactică" – pornind de la starea sufletească sau pasiunea, în care *totul este abolit în gândirea, inima şi simţurile noastre,* şi terminând cu latura biologică, ce are drept centru natural de greutate acuplarea însăşi. Aspectele complementare ale conceptului traversează întreaga topică a sistemului psihic uman, tot aşa cum, din punct de vedere exterior şi obiectiv, o interpretăm prin prisma literaturii, apoi pe rând – ca *piatră unghiulară a filozofiei*, ca *metafizică a sexului*, mergând până la aspectele ei *educaţionale* şi la banalele *condiţii igienice şi medicale*.

Întâlnim dragostea, ca o prelungire a darwinismului – *viaţa erotică a omului văzută ca o continuare a instinctelor animalice*. Explicaţia, în fondul ei ultim şi pozitiv, vizează pura finalitate a speciei. Psihanaliza aduce în discuţie aceeaşi tendinţă, dar cu accentuarea aspectului sublimării. Vorbim de acel element prepersonal şi subpersonal, de universul arhetipurilor ce ne întoarce la ancestralitatea primitivă, de inconştientul colectiv, în care acestea sunt o aplicare a mitologiei la viaţa individuală şi a cărui evidenţiere se face în sfera imaginativă (reminescenţe ale mentalităţii primitive), fără a omite din discuţie inconştientul familial (atunci când, fără să vrei şi fără a putea găsi o explicaţie logică, repeţi *povestea de dragoste* – tragică de cele mai multe ori – a cuiva apropiat). Aici sunt sedimentate aspiraţii pulsionale latente şi oprimate, cu acţiunea lor generatoare de pericole. Regăsim genealogia, cu misiunea de a recăuta elementele primordiale conţinute şi transmise, de a releva dorinţele refulate.

Din dialectica forțelor obscure se generează patternuri de comunicare emoțională, schimburi, gratificații, recompense, ce vizează atât dimensiunea sexual-afectivă, cât și pe cea spirituală. După Jung, atracția intimă rezultă din satisfacerea mutuală a proiecțiilor complementare de sex-rol, în cadrul unei similarități apriorice. *Animus* sau *anima* – ce completează cadrul conștient în care acel *coupe de foudre* este resimțit irezistibil – trebuie *trăite* pentru a fi înțelese, cei doi reușind să devină **unul**, să se integreze într-o structură unitară, fascinantă, ce transcende cuplul. Vorbim de **dragoste** ca nivel fundamental al inconștientului personal, de aspirații profunde, nevoi ce se substituie în vise, echivalențe nevrotice sau acte ratate care exprimă dialectica din interiorul construcției Eului, deoarece fiecare pulsiune poate fi pusă în legătură biunivocă cu un aspect particular din ceea ce *uman* și *„macroscopic"* numim *iubire*. Descoperim obosiți cum scopul dezvoltării este *diferențierea Sinelui* prin funcția transcendentă și replierea pentru a deveni mai creativi și revitalizați. Vedem „părțile" raționale și conștientizate ale dragostei – marcate de sublimări evidente, izvorâte dintr-un Eu puternic – și care merg spre allocentrism.

Ajungem la ceea ce Maslow afirma: *„a studia iubirea, a fi capabili s-o învățăm, s-o înțelegem, s-o prognozăm"* – ca relație de schimb prin care cei doi își satisfac trebuințele neutral proiectate – în plan fizic, sentimental și relațional, când securitatea partenerului devine semnificativă ca propria satisfacție. Rămânând pe același teren *umanist*, vorbim de **dragoste** ca de o metamotivație a autoactualizării, „instigată" de împlinirea potențialităților. În sens superior, ea merge cu creșterea tensiunii intrapsihice, scopul fiind *îmbogățirea vieții* spre nou, spre schimbare, spre creștere, dezvoltare și exprimare – **dragostea** ca stadiu de ființare, mod spontan și natural. Sprijinindu-ne pe psihologia abisală ce postulează armonia și unirea contrariilor, la nivel conștient funcționează respectul, admirația și încrederea. Iubirea matură este coevolutivă, caracterizată prin acceptul valorii personale, empatie, grija pentru *celălalt*, atașament, stabilitate și dăruire.

Oricât ar părea de perimat, vorbim de dragoste și la nivelul subconștientului – atunci când *sub diferite sensuri* invocăm *deprinderea de a iubi*. El reprezintă o virtualitate psihică, un rezervor al tuturor acelor gesturi situate pe o scară a voluptății între tandrețe și agresivitate, cu componente automatizate ontogenetic și reminiscențe filogenetice – emoții subliminare, cu trimitere directă la uniunea sexuală, ca scop esențial și, totodată, concluzie a oricărei *experiențe* bazate pe iubire. Lăsând la o parte aura de mister, disponibilitatea pentru climaxul orgasmului poate fi considerată *o deprindere*. În absența acestui „scurtcircuit" psihic cu manifestare concret fiziologică, **dragostea** e ireală, în „depozitul" subconștient de fapte erotice incluzându-se și matricea non-individuală a acuplării.

Sintalitatea cuplului – ca rezolvare a celebrei enigme *„eternul masculin – eternul feminin"*, a fost anticipată cu mult înainte de Platon: *„fiecare ființă poartă în sine o jumătate a întregului doveditor și caută instinctiv și necontenit o frântură ruptă din el însuși"*.

7.1.2. Erotică și sexualitate

Starea de **eros**, conform tipizării taoiste, ia naștere – potențial – din calitatea de YIN și calitatea de YANG. De fapt, dacă pornim din embriogeneza timpurie, *procesul de sexuare* are trepte multiple și nimeni nu este *bărbat* sau *femeie* în valoare absolută.

Androgenia, caracteristică primelor faze de dezvoltare, oprește în stare latentă atributele sexului opus, pentru a servi la desăvârșirea personalității ca entitate. Principiul YIN sau YANG pătrunde ființa lăuntrică, corporalitatea bărbatului și femeii sub forma unui fluid și a unei energii formative elementare. În fiecare individ concret, *esența masculină* și *cea feminină* sunt prezente într-un dozaj diferit, exprimând ceea ce Weininger numea *bărbatul absolut* și *femeia absolută*, **masculinul** și **femininul** în sine, în stare pură, ca idei platoniciene sau arhetipuri.

Această împlinire, când o anumită *treaptă de masculinitate* își regăsește echivalentul în *treapta de feminitate* a altei ființe, în plan fizic poate merge până la fenomene de identificare, dovedind rădăcinile arhaice și brühleriana *participare mistică la actul sexual* – ce poate fi atât de completă în formele de unire extremă, încât celălalt să fie perceput printr-o *proiecție* și să devină atunci un *imago*. Sunt acele momente ale pasiunii, în care, deși toate resursele au fost epuizate în acuplare, cei doi simt *că ar dori mai mult* și, când trupul nu îngăduie, se trăiește acut un fel de tortură spirituală ce merge până la dezasimilarea Eului și alienarea trebuințelor de sine, în favoarea celui de care subiectul este îndrăgostit (după J. Evola, 1994).

Există situații în care celălalt este privit ca un *simbol*, lăsând să se înțeleagă mai mult decât cel în cauză poate cuprinde manifest și eludând posibilitățile de cunoaștere. Atitudinea sesizabilă nu privește partenerul, ci *ideea de partener*, deoarece orice simbol exprimă un fapt *în esența lui inconștientă* (M. Minulescu, 1994). Aici regăsim explicația psihologiei abisale, conform căreia *toate femeile iubesc un singur bărbat și toți bărbații iubesc o singură femeie*, în timp ce resortul metafizic rezidă în apriorica polaritate, când *există ceva masculin în femeie și ceva feminin în bărbat, iar atracția irezistibilă se obține adunând contrapărțile și obținând* ***omul absolut***.

Empiric, *„nu existăm decât ca bărbați sau femei"*, dar sexul, dincolo de corpul palpabil, se prelungește în suflet ca *aptitudine* masculină sau feminină primordială ce pătrunde și impregnează întreaga ființă. Întâlnirea în plan *superior* nu implică neapărat simultaneitatea individualităților, deoarece partenerul nu este un „obiect" imediat accesibil trăirii directe, ci *metafizic* – atât de semnificativ pentru cel ce iubește, încât îi percepe existența cu o extremă dar iluzorie claritate. Pentru a-l putea înțelege pe celălalt, trebuie să existe conștiința valorii personale, acel *a fi capabil de propriul potențial*, deoarece sensul esențial al bucuriei de sine, excluzând dimensiunea narcisică, transcende diferența *Eu-partener* și demonstrează **ființarea** ca proces de devenire prin care individul ajunge la „miezul" lui adevărat.

Degenerarea comunicării interpersonale corespunde *construirii* exclusive a **măștii**, a aparenței exterioare ce satisface cerințele societății – atunci când *omul* se identifică cu *persona*, afectându-și adevărata fire. Se profilează un tip eminamente intelectual, practic și „rafinat", „autonom", păstrând puține relații cu nuditatea autentică. În acest context, faptul sexului ajunge secundar și neglijabil, *o anestezie și o slăbiciune primitivistă a vieții*, înlocuit total prin dragostea esențializată moral. A rupe și valoriza din eterogenitatea vieții în doi exclusiv, căsătoria și familia este o amarnică și grav plătită imprudență, deoarece multe din avatarurile relațiilor erotice traduc defecte sau distorsiuni ale acceptării *genderului* sau ale unei neglijente aderări la modelele interioare de rol masculin sau feminin. Incompatibilitatea în sfera intimă susține dihotomizarea față de *animus* sau *anima*, căci A-ȚI CUNOAȘTE partenerul nu poate apărea veridic decât *în experiența directă*.

A ÎNȚELEGE reprezintă chintesența umanului, atunci când cel aflat în suferință crede că celălalt știe și e interesat de ceea ce-i vorbește, împărtășindu-i sentimentele. Bariera majoră în fluxul comunicării nu mai poate fi evitată dacă se cedează în fața tendinței naturale de a judeca, a evalua, a dezaproba raționamentul partenerului. Suverană rămâne relaxarea mecanismelor de apărare, în vederea unei interacțiuni oneste, a unei atmosfere permisive de accept mutual. Conținutul pozitiv al unei relaționări emoționale este consecința feedback-ului senzorial, acea spontaneitate a stimulării erotice, căci, la urma urmei, știind *cum kitsch-ul sexual este la fel de indezirabil ca și kitsch-ul în artă* (J. Evola), ne putem ralia opiniei lui Huxeley de a *„lăsa instinctele în pace și ele ne vor face prea puțin rău"*.

7.1.3. Pudoarea – între gând și emoție

Pudoarea are un sens psihologic din care derivă variabilitatea și funcționalitatea sa simbolică. În acest termen general sunt ascunse fixații latente, traume ale micii copilării, ce pot ieși la iveală în momentele cele mai intime ale vieții de cuplu. Mai sunt invocate și așa-zisele explicații general-umane înrădăcinate în substraturile ascunse ale inconștientului colectiv, de unde acționează puternic sub forma unor *„condiții"* necesare pentru acuplare. De exemplu, conexiunea dintre *dragoste* și *întuneric* nu este doar o temă bine cunoscută a literaturii romantice, ci are inclusiv un substrat existențial multiplu atestat. Chiar dacă este vorba de o simplă aventură, formula tipică și promisiunea pentru *împlinirea erotică* va fi întotdeauna *„o noapte de neuitat"*. Această situație se opune *biologicului*, deoarece sănătatea și normalitatea legate de rezervele energetice superioare ale organismului, de prosperitatea acestuia, s-ar realiza dimineața. Dar motivații arhaice contrazic *necesarul fiziologic*, multe cazuri de tulburări ale dinamicii sexuale fiind relatate în raport cu contactele ce se desfășoară ziua. Gândirea primitivă, cu mituri străvechi, postulează *convingerea* că în zori bărbatul trebuie să se despartă de femeie, idee reluată în tantrism, unde se prescrie „inima nopții" pentru practicile magico-inițiatice – suficiente elemente ce pot fi reținute și aplicate în cazul unei terapii. *Mentalitatea sălbatică* se regăsește în Misterele Eleusiene, unde în locuri neluminate se celebra *unirea sacră* și în ritul dionisiac orgiastic și frenetic (după J. Evola, 1994).

Și dacă, pentru a împiedica anorgasmia, femeile doresc, *mai ales acum*, o atare condiție, aceasta este pentru că în ele acționează *sub formă deformată a pudorii* un reflex instinctiv ce guvernează străfundurile simțurilor și care are o semnificație câtuși de puțin banală, pentru că iubirea stă sub semnul femeii, iar aceasta corespunde aspectului întunecat și subteran al ființei, al vitalului, al cărui „regat" este **întunericul**. Și, de aceea, *„fie ca moartea și dragostea să se facă numai în întuneric..."*

Pudoarea, în forma ei autentică, nu este compatibilă cu aspectele sexualității. Atunci când intervine în acuplare, ea maschează ***ceva***. Cum ar fi, în „întâlnirile" ocazionale, atunci când împreunarea este doar un prilej acceptat de comun acord pentru o plăcere mai mare sau mai mică, iar imposibilitatea erecției sau frigiditatea se justifică sub aspectul unei *false pudori*. „Efectul" invocat de cei în cauză este insatisfacția ulterioară corelată cu o stare negativă a depresiei, sentimente similare celor ce apar după provocarea unei detensionări solitare. Utilizarea de comun acord a corpurilor are un scop **auto**erotic, neexistând efectiva fuzionare și comunicare. Fiecare dintre cei doi e afectat de *un fel de impotență*, centrându-se doar pe sine și ignorând

realitatea celuilalt, neremarcându-i substanța intimă și subtilă – singura capabilă să alimenteze intensitatea dizolvantă și inițiatoare de extaze. Scuzele se pot situa la diferite niveluri. **Virtutea devine demnă de blamare, când este impregnată de orgoliul din care se extrag motive de laudă** (J. Evola). Credința curentă pleacă de la o ură teologică față de sex. În tristețea ce poate merge până la dezgust postcoitus există biblica *doză de păcat a plăcerii.* Se poate să intre, desigur, în joc senzația confuză a unei culpe, nu atât în plan moral-valoric, ci transcendental, echivalând cu faptul că în adâncul conștiinței individului respectiv există o preocupare înspre o oarecare asceză.

În limbaj laic, aceste resentimente trăite în clipele următoare orgasmului se traduc în comportamente prin care, după un act sexual reușit, femeile devin mai tandre, mai afectuoase, mai comunicative și mai „deschise" în a vorbi despre sine, în timp ce bărbații au nevoie de o singurătate aparte, ca un fel de meditație solitară, deși desfășurată în planul recentei apropieri fizice. O parteneră mai puțin avizată în diferențierea nuanțelor de gândire dintre sexe se va simți pustiită, întrebând retoric clasicul: *„Mă mai iubești?"*. Scena descrisă corespunde bine cunoscutelor păreri populare, conform cărora aceste „rătăciri ale minții și sufletului" ce urmează eroticului sunt mai frecvente la bărbați. Se întâmplă rar ca femeia să se simtă deziluzionată și înjosită după un act sexual cu care a fost de acord, căci în dimensiunea psihică ea nu trăiește atât de acut acea *modificare de statut,* când crede că și-a „găsit" partenerul. Clasicul *„femeile sunt de pe Venus, în timp ce bărbații vin de pe Marte"* atinge cote nebănuite – în mod excepțional o femeie este atrasă *să fugă* (și atunci nu putem să nu-i evidențiem potențialul autodistructiv), în timp ce bărbații sunt mult mai des sfâșiați de contradicții neexteriorizate demonstrativ.

Esența metapsihologică a detașării afective involuntar dorită de bărbat, consecutiv ejaculării, pornește de la conștientizarea unui adevăr dureros sieși: **numai în mod greșit se putea concepe ca întreg și suficient în absența femeii**, ajungând să-și descopere incompletitudinea de a fi doar **o jumătate de om** (J. Evola). Acesta este mai ales cazul acelor tineri ce cred că pot poseda oricâte partenere, din simpla fericire iluzorie de *a cuceri,* amăgindu-se cu impresia că rezistă emoțional oricăror tentații de legare afectivă profundă – seducători „de performanță", convinși că nu-i ajunge *„ghinionul"* de a se îndrăgosti. Sunt acei subiecți la care impulsul sexual se accentuează la contactul cu prohibitul, cu „răul" sau „păcatul" – deși libidoul este fals disimulat în pudoare – ca o reacție capricioasă de a lupta spre cucerirea interzisului, ca afrodisiac necesar unei transgresiuni în lumea minunată a ubicuitarelor satisfacții infantile. Abandonul în dragoste se asociază cu confuzia unei culpe, cu obscura ambivalență a *erosului* – pe de-o parte, seducția cuplată cu aparența unei beții ce-l face pe individ finit și scindat, lăsându-i doar mirajul autodepășirii, iar pe de alta – există posibilitatea trădării unei vocații mai înalte, datorită caracterului contingent caracteristic mulțumirii instinctelor. Poate fi vorba de o senzație a prejudiciului, pe care însăși *imboldul* îl reprezintă pentru ființa liberă.

Revenind la funcția simbolică a pudorii, lăsând la o parte caracterul de „mască", ea rămâne un ingredient al atractivității, ce aparține caracteristicilor terțiare ale sexului. În esență, are conotații erotice și nu etice, dovadă că ea încetează atunci când femeile sunt numai între ele, făcând loc exhibiționismului. Ca adjuvant al *punerii în valoare* se știe cât de des sunt utilizate veșmintele doar pentru a crește efectul excitant prin aluzie la făgăduințele nudității. Montaigne afirma: ***„sunt lucruri pe care le ascunzi spre a le arăta mai bine"***.

7.2. Tabuul virginităţii – tabuul dezvirginării?

Virginitatea constituie unul dintre cele mai mari *tabuuri* ale umanităţii. Înclinaţia pentru valorizarea *purităţii*, a *castităţii*, a ***nevinovăţiei*** şi ***neprihanei*** se întinde de la dimensiunea biblică şi religioasă la marota literaţilor, enigmaticul medicinii şi legile nescrise ce reglează *magistral* atracţia dintre sexe – în cel mai profund sens al termenului. Un rol aparte revine **timpului** – văzut *aici* şi *acum* în viziunea vârstnicilor ce constată deprimant cum *„nu mai sunt vremurile de altădată"*. „Prăpastia" dintre *gândirea* tinerilor şi *cea a* părinţilor se adânceşte cu fiecare nouă generaţie, tot aşa cum nu putem face abstracţie de **modelul cultural al etniei**. Dincolo de toate acestea, funcţionează însă latent dogma conform căreia *preţuirea virginităţii* nu este la fel de importantă ca *blamarea pierderii* acestei calităţi imaginare.

Universalitatea concepţiei populare reprezentată simplist în sfaturi de tipul *„Să nu te dăruieşti lui, că-şi bate joc de tine şi te lasă"* ar putea fi considerată o reminiscenţă a mitului schopenhaurian ce reglează sexualitatea din perspectiva finalităţii biologice. La vârste fragede, *idealitatea, aura de frumuseţe şi seducţie* echivalează cucerirea intimităţii cu chintesenţa oricărei fericiri. Din păcate însă, acest „geniu al speciei" se pare că-şi încetează „funcţionalitatea" după acuplare (J. Evola, 1994), ceea ce face ca interesul erotic al bărbatului pentru adolescenta novice să scadă, deoarece speranţa este undeva în imaginaţie, proiectată în istorie, sintetic vorbind, *o anticipare* – **dorinţa** văzută ca **o lipsă** (nu ne putem „confecţiona" în reverii diurne decât ceea ce încă nu avem). Îndepărtându-ne de această dinamică a inconştientului colectiv, **în real** justificările se regăsesc în faptul că la începutul *vieţii amoroase*, libidoul nu se identifică în totalitate cu dragostea matură, durabilă şi coevolutivă – fetele fiind dominate de sensibilitate, sentimentalism romantic, emoţii puternice, uneori devastatoare, în timp ce pentru sexul opus – carnalitatea şi senzualitatea sunt în prim-plan. Apar, astfel, nenumăratele cazuri în care *„profeţiile"* celor din jur se împlinesc. Atenţionările părinţilor sunt o repetare laică a interdicţiilor divine. Tânăra fată repetă mitul originar al Evei – parţial din curiozitate, parţial din convingerea *„Eu nu pot greşi"*. Propria candoare şi vitalitate devin *un fetiş* ce se concretizează în sentimentul narcisic de *a fi deosebit („Eu ştiu că atâtora înaintea mea li s-a întâmplat asta, dar eu cu siguranţă nu voi fi părăsită".).*

Putem „confecţiona" mai multe explicaţii legate de coborârea vârstei primului raport sexual. Primele şi cele „mai la îndemână", spre a deculpabiliza pierderea voinţei în apărarea „redutei", ar fi cele fiziologice (modificările hormonale apărute sub influenţa diverşilor factori climaterici, în trecut neexistenţi). Sigur că această încărcare interioară umorală creează *motivaţia*, dar dorinţa se autonomizează în raport cu pulsiunea pe care o susţine, cea din urmă fiind ca un copac în jurul căruia se adună „liana" erotică alcătuită din senzaţii, reprezentări vizuale şi emoţii. **Nevoia fuzională** acută la adolescenţă se colorează în tonalităţi aparte, dincolo de care întrezărim elementul de intenţionalitate ce ne aruncă în spaţiul complicat al scopurilor slab conştientizate. Să nu uităm însă contrapartea specifică sexului masculin – **nevoia de autonomie**. După o apropiere sexuală, femeile au tendinţa să păstreze mai mult intimitatea fizică, în timp ce bărbaţii resimt necesitatea *desprinderii*, care uneori şochează.

Momentul dezvirginării este încărcat de multiple conflicte afective, nesiguranțe, temeri abia perceptibile și cererea ardentă a unor reasigurări legate de eternitatea trăirilor prezente. Apostrofările rudelor și prietenilor, ce blamează gestul încărcându-l cu ample conotații negative și punitive, nu fac decât să adâncească celei în cauză frica de a fi greșit, dublată de imposibilitatea de a „repara" trecutul. Contextul desprinderii de copilărie devine astfel asociat cu *păreri de rău*, fragilizarea Eu-lui – și așa insuficient conturat spiritual – și neîncrederea în semeni. Părinții se transformă în *adversari*, partenerul – într-un *vinovat* ce a stricat imaginea ideală a mamei sau a tatălui, iar prietenele – în *simple colege* ce nu sunt capabile să ofere un adevărat suport empatic. Multe adolescente cred că începerea vieții sexuale aduce cu sine *maturitatea* și *maturizarea* bruscă, subită, sărind etapele inerente dezvoltării biunivoce afective și intelectuale, dobândind astfel un plus de „curaj" în relațiile interumane, în abordarea autorității familiale, educaționale sau profesionale. Aceasta este doar aparența sub care se ascunde o fire sensibilă, timidă, mascată în vestimentație provocatoare prin care tânăra **investește** în propriul corp spre a-și învinge complexele. Nu este doar o problemă de imagine, ci mai degrabă *o „salvare" a sinelui*, prin intrarea în **rolul feminității**.

La fel de frecvente sunt situațiile în care pierderea virginității este un act de răzbunare în raport cu cenzura parentală sau a mediului instituționalizat în care adolescenta este obligată să-și desfășoare activitatea, cu Supra-Eu-l familial prea rigid sau, din contră, prea permisiv. Ceea ce se cunoaște însă mai puțin este utilizarea sexualității ca o formă deghizată de masochism, când perceperea alăturării trupurilor capătă puterea de a face rău, de a răni, de a fi o modalitate în plus de suferință, alături de comportamentele extravagante de recurgere la țigări, alcool și (de ce nu?) – din ce în ce mai des – la drog. Nimeni nu se întreabă ce este în sufletul fetelor de la marginea drumului, care de fapt au devenit „produse de consum", „bunuri colective", când la nici paisprezece ani deprimarea le este acoperită de machiaj și atitudine *sexy*. Care sunt oare traumele lor neînțelese când frizează riscul bolilor, al durerii fizice și morale, al adjectivelor de argou cu conținut sexologic, ce devin singura modalitate de valorizare?! Același lucru se întâmplă și cu tinerele care – din capriciu, din disperarea de a nu fi părăsite sau dintr-o greșită interpretare a acelui mult visat *„Sunt mare!"* – își încep viața sexuală fără a cupla emoționalitatea. Se pierde astfel „o personalitate" – în înțelesul puternic al termenului, viața celei în cauză urmând a fi călăuzită de ubicuitarul și intens invocatul *„întâmplător"*. Adiacent, apare o disperată tendință de a-și *complica* inutil viitorul, în așteptarea unor fantasmatice **puncte de echilibru**.

7.3. Comportamentul sexual sub amprenta socială a timpului

Funcția sexuală este integrată organismului în unitatea lui fiziologică, cenzurată de activitatea psihică superioară în conformitate cu libertățile și interdicțiile normate de societate. La om, comportamentul sexual are în plus aspecte etice și estetice. Primele sunt cele legate de norme, libertăți și interdicții față de care cei doi parteneri își asumă responsabilități și obligativități. În decursul civilizației, conduita erotică a evoluat, s-a perfecționat și s-a înnobilat, în cele din urmă ajungând să devină omnipotentă și

omniprezentă, de la magie (rituri de fertilizare şi dansuri) şi până la politica evocatoare de putere.

Comportamentul sexual a fost modelat şi explicat diferit de la o religie la alta. Creştinismul a considerat şi a declarat actul sexual ca *o vină* derivată din păcatul originar. Un mare scriitor francez afirma că, definindu-l astfel, biserica a făcut enorm pentru dragostea umană, ştiută fiind înclinaţia nativă de a nu respecta interdicţiile divinităţii. Această etichetă a păstrat în jurul iubirii trupeşti o aură de mister, pudoare şi discreţie absolut indispensabile frumuseţii şi trainiciei sale. Susţinând mitul imaculatei concepţii (la scară macroscopică – al virginităţii şi castităţii) ca test suprem de moralitate feminină, postulând supremaţia Tatălui şi Fiului, creştinismul a consolidat societatea de tip andocratic, militând pentru familia monogamă şi opunându-se divorţului *(„lăsa-va omul pre tatăl sau şi pre mama sa şi se va uni cu femeia sa, pentru a fi împreună un singur trup şi un singur suflet").*

Religiile orientale transformă acuplarea într-o prelungire a actului divin creator, un mod de comuniune directă cu sacralitatea, extazul fizic şi afectiv devenind sinonim celui mistic. Perfecţionând până la detaliu tehnica erotologică, se accentuează beatitudinea corpului şi epuizarea posibilităţilor dispoziţionale, armonia spirituală şi deplina egalitate a sexelor. Erotica ajunge astfel în domeniul antropologiei fenomenologice. Dacă dorim explicitarea psihosociologică a dihotomiei masculin–feminin, instalarea societăţii de tip andocratic a impus temeinic mii de ani de inferioritate sub dominaţia şi exploatarea bărbatului: dubla morală pe care comunitatea a adoptat-o diferenţiat şi părtinitor – toleranţa pentru bărbat şi intoleranţa pentru femeie – cu serioase repercusiuni educaţionale.

Este adevărat că există diferenţe antropometrice, neurofiziologice sau endocrine, la care se adaugă cele impuse de mediul familial. La sfârşitul secolului XIX, medicul german Miebius, stabilea că greutatea creierului femeii este în medie mai mică decât a bărbatului, dar dacă o luăm în calcul şi pe cea relativă (raportată la greutatea corpului) – ea este mai mare. Mobilitatea psihică a femeilor era considerată un defect, până la Montaguie, care, dimpotrivă, o ridică la rang de calitate cu valoare adaptativă. Adler remarcă în „protestul viril" manifestarea specific feminină a dorinţei de a depăşi etichetarea de „sex slab".

Actul sexual a fost văzut ca un act ludic, în cadrul căruia există diferenţe de conduită între bărbat şi femeie. În realitate, pentru aceasta din urmă, deflorarea, sarcina sau naşterea sunt evenimente ce produc modificări psihologice majore. Sensibilitatea legată de climatul afectiv–sexualitate–căsătorie–maternitate, face îndreptăţită concepţia conform căreia maturizarea emoţională survine mai tardiv comparativ cu cea sexuală, motiv pentru care este recomandabil ca o căsătorie să se întemeieze în momentul în care cei doi parteneri fac dovada cristalizării personalităţii şi a independenţei economice. Trebuie să distingem între cuplul conjugal şi cel afectiv, pentru că nu întotdeauna societatea umană, familia se întemeiază pe principiul dragostei, al afinităţii spirituale şi sexuale, intervenind interese materiale, financiare sau etnice. Selecţia partenerului de cuplu erotic se face pe baza sentimentului de iubire şi se va axa pe unicitate, exclusivitate şi fidelitate. Marii îndrăgostiţi au fost întotdeauna în conflict cu obligaţiile sociale sau prejudecăţile. **Dorinţa (eros), prietenia (philos), afecţiunea (agape)** se contopesc într-un puternic ataşament sufletesc. Nevoia de relaţionare spirituală o atrage după sine pe cea de comuniune fizică, de contopire a unuia în celălalt. Dacă pe lângă toate acestea intervine şi o

puternică atracție sexuală, se ajunge la pasiune. Dragostea devine completă când include respectul și admirația între parteneri. Erosul poate îngloba sau nu comportamentul sexual. Există iubire platonică extrem de puternică ce în timp nu se diminuează, în vreme ce sexualitatea poate stinge sau, dimpotrivă, aprinde o dragoste platonică.

Dezvoltarea deplină a funcției erotice este deosebit de importantă în interacțiunea conjugală. Aceasta poate fi bazată pe homogamie (similitudine) sau heterogamie (complementaritate). Viața intimă este numai unul din aspectele conviețuirii familiale, în cadrul acesteia legătura dintre parteneri fiind cu mult mai complexă decât pare la prima vedere. Într-un contract conjugal, actul sexual devine datorie, obligativitate ocrotită de lege, a cărei neîndeplinire atrage după sine desfacerea căsătoriei. Coabitarea nu trebuie să devină o închisoare, o îngrădire, ci să permită afirmarea Eu-lui fiecăruia dintre soți. Ideea transpare la Kant, pentru care relația ce amputează specificul personal este echivalentă cu o formă de canibalism.

Soția reprezintă baza afectivității familiale, elementul ei responsabil și muncitor. Paradoxal însă, egalitatea în drepturi cu bărbatul i-a crescut numărul îndatoririlor față de soț, copii și societate. Zilele și nopțile capătă uneori alte dimensiuni. *Mult visata femeie a prezentului* se dorește a fi o bună profesionistă, o bună mamă, nevastă și gospodină, o bună fiica sau soră și, în același timp, un cetățean de onoare. Nu are dreptul să fie obosită sau nemulțumită. De multe ori, frigiditatea ei nu prezintă nici o importanța pentru partener, ce se consideră cu inocență „total nevinovat".

De fapt, procesul realizării personalității emoționale și erotice a fiecăruia reprezintă o dinamică, o transformare, o trecere de la un stadiu infantil spre cel adult, acțiune determinată de anumite cauze și soldată cu anumite efecte ce caracterizează fundamental comportamentul sexual în ansamblul personalității socio-umane.

CAPITOLUL 8

Tulburările de dinamică sexuală

„De pe stamine de alun,
Din plopii albi se cerne jarul.
Orice-nceput se vrea fecund,
Risipei se dedă florarul".
(L. Blaga)

8.1. Un *memento* la întâlnirea cu sexologia

Uneori, pare iluzoriu ca în lumea secolului XXI, în care *sexul* și *sexualitatea* au devenit cuvinte *„mondene"*, cineva să poată *spune* ceva nou despre ceea ce generic numim **comportament erotic** și, mai ales, să reușească să răspundă cu succes *dorințelor, așteptărilor* și (de ce să nu spunem?) *standardelor* adolescenților din ziua de azi, care au impresia, uneori și convingerea, că *știu* și *experimentează* ***totul***.

Originalitatea ar trebui să constea în ***deculpabilizarea*** tânărului în raport cu **trăirea propriilor pulsiuni**, în **readucerea în normalitate** a jocurilor erotice sau a anumitor aspecte ale acuplării mult „blamate", interpretate pe nedrept ca patologice. Unele dintre așa-zisele perversiuni sunt doar *fantasme* utile unui libido imperios – soluții „de moment" de neacuzat până la deplina maturizare psiho-fiziologică. La fel și „tenebroasele" și mult temutele *boli* ar trebui debarasate de *aura rușinii*, generalizându-se ideea de *posibil, întâmplător, trecător, banal* – față de care eficiente recomandări practice sunt mai de folos decât clasica „morală", dublată de frica socializată în raport cu *„a mărturisi"*. O altă contribuție importantă, cu un real beneficiu în *imaginea psihică* a fiecărui Eu este dărâmarea *miturilor* și a *nevoii de record*. Astfel, anatomia genitală feminină și masculină este ceva „relativ", în sumedenia variantelor existente fiecare putânde-se regăsi undeva, realizând că oricărui tip constituțional particular îi sunt asociate anumite modalități de **a dărui** și **a obține plăcere afectivă și erotică**.

Concepte precum *orgasmul, masturbarea, frigiditatea* sau *ejacularea precoce, actul sexual în perioada menstruației, fetișismul, voyeurismul* – au actualmente o conotație ce subliniază **limitele *largi* ale normalului**, precum și doza de „necesar". Problematica dezvirginării devine ***firească***, mai ales dacă nu se uită că o mare parte din realele tulburări ginecologice au un puternic substrat emoțional.

Un loc aparte trebuie acordat transformărilor somatice și mentalității perioadei consideate – până nu demult – *„de declin"* a *„elanului" sexual*, vârstă la care dramele sunt pe nedrept minimalizate – atât de doctori, cât și de partenerii de viață, de copii, de prieteni, ce uită că o dată cu trecerea timpului *„iubirea nu moare, ci se îmbogățește cu noi sensuri"* (Iolanda Mitrofan). Este greșită concepția populară conform căreia viața sexuală încetează la menopauză sau andropauză, căci „libidoul nu are vârstă", fiind

„motorul" dragostei mature. *Pubertatea, adolescența, sarcina, nașterea, menopauza, andropauza* – cu *tiparele psihologice adiacente* și perturbările sufletești inerente postulează *trăirea, importanța satisfacției afective* ca markerul cel mai obiectiv al „funcționării" somaticului.

8.2. Matrice interpretativă metapsihologică

8.2.1. Metamorfoza fetiș – antifetiș

Există autori ce încearcă explicitarea tulburărilor de dinamică sexuală interpretând tot ce poate fi considerat **fetiș**, deoarece, așa cum afirma Magnus Hirschfeld în „L'âme et l'amour", cuvântul ar putea fi considerat sinonim cu acela de „excitare", mai ales că acțiunea lui se poate întinde de la nivel vizual, auditiv, gustativ, tactil și până la cuprinderea sferei afectivității în ansamblu. Termenul a fost introdus pentru prima dată în înțelegerea simpatiilor, antipatiilor sau motivațiilor ascunse, jucând un rol deosebit în întreaga sexualitate, mai ales în relația cu stările emoționale. Mirosul are rol în magnetismul fizic – de la suportul fiziologic dat de apropierea în paleocortex a celor doi centri și până la metaforica „intoxicație fluidică" a îndrăgostiților. Starea de spirit a celui în cauză îi impregnează nu numai trupul, ci și vestimentația, fapt cunoscut din ritualurile popoarelor primitive, ale căror reminiscețe sunt păstrarea obiectelor ființei iubite – ca certitudine a menținerii legăturii și fidelității. Chiar la nivelul acuplării concrete, tehnici ale artei sexuale vorbesc de importanța sensibilității olfactive.

În intimitatea vieții de cuplu, orice poate căpăta caracter de fetiș, „lucrând" la nivelul subconștientului și putând să transporte afecte uitate. Operarea cvasiliberă în aparatul psihic îi permite ușor să devină substitutul unei investiții amoroase sau chiar să ajungă unicul mijloc de satisfacție a libidoului. Simbolistica latentă se impune – fapt susținut de afirmațiile subiecților ce povestesc cum, la primul raport în care s-au confruntat cu tulburarea, au simțit **„ceva"** în ființa partenerului ce s-a transformat în **antifetiș**, la întâlnirea căruia dorința puternică s-a stins determinând imposibilitatea contactului. Este vorba de un inductor al mecanismelor combinatorii inconștiente, ce scoate la iveală motive uitate, atingând acel tonus bazal al psihismului, în care sunt depozitate evenimente afectogene ale copilăriei sau traume ulterioare, din perspectiva cărora TDS -ul nu este decât consecința unui reflex inhibitor.

Datorită noii legături stabilite între trauma latentă și antifetiș, un eveniment analog poate interveni în orice experiență de *trăire intensă*, când, datorită emoției suscitate și bulversărilor interioare, relația se stabilește în mod invers: amintirile devin „flotante" și, prin asociații aleatoare, oricând pot regăsi un antifetiș capabil să provoace TDS. Acesta poate fi un semn discret – un simplu gest, cuvânt, zâmbet sau imagine a celui (celei) iubit(e), o poziție particulară adoptată întâmplător, accelerarea bătăilor inimii sau oprirea involuntară a respirației – scenă ce poate apărea tranzitoriu, dar cu grave repercusiuni – la începutul acuplării sau în momentul de vârf al copulației.

În impulsul primordial al unirii sexuale trebuie să acceptăm, ca pe o realitate proprie, tendința spre plăcere. În cea mai mare parte a cazurilor, individul – indiferent dacă are sau nu „în spate" experiențe sexuale reușite – caută să **pre-simtă** fericirea

asociată atracţiei, prefigurându-şi comportamentele adiacente orgasmului, situate la limita perceptibilului (după J. Evola, 1994). Cu cât drama unei TDS apasă mai tare, cu atât creşte *contrainvestirea în aceste reverii ce asigură o pseudomulţumire*, în locul plenitudinii actului sexual normal, accentuându-se disocierea planului spiritual de cel fizic şi reducând *înţelesurile* profunde ale acuplării la o anodină stare de „bine", limitând coitul – ca funcţie a erotismului – la un fel de stupefiant necesar spre a ascunde în adâncuri abisale amintirile exteriorizate prin TDS. Afluxul de excitaţii declanşat de rememorări determină *refularea evenimentului primar*, ce lasă un semnificativ ecou în planul reprezentărilor sexuale. Aceşti subiecţi sunt copleşiţi de pasivitate, subordonare de tip feminist şi elemente inversive, alegeri ireale în concordanţă cu o viaţă tensionată reprimată fantasmatic. În nevoia de tandreţe fizică şi senzuală se întrezăreşte o imaturitate de fond, cu riscul recăderii la punctele fixaţiilor infantile, confirmând ideea lui Ferenczi, în virtutea căreia *„sexualitatea adultă" („limbajul pasiunii") violează „lumea infantilă" („limbajul tandreţii").*

În orice viitoare relaţie posibilă, cel în cauză, disperat şi atent, studiază aspectele particulare în care ar putea întrezări un posibil fetiş, de care „se agaţă" ca de singurul element capabil să inducă şi să menţină interesul erotic. Se amăgeşte, astfel, cu ideea *marii pasiuni*, când, de fapt, **fetişul este *tratat* ca persoană** (J. Evola), în timp ce intensitatea *trăirii* se centrează asupra laturii superficiale, în al cărui sinonim se erijează *fiinţa* – ca întâmplător „exponent" al idolatrizării.

Atunci când fetişul îşi diminuează din „puteri", apar drept corespondente conştiente sentimentul indefinirii şi surprinderea a tot ce este deziluzionant şi înşelător în celălalt. De fapt, exact aceasta este dimensiunea pe care el funcţionează: pentru a se împiedica scăderea imboldului sexual, trebuie să existe un permanent obstacol în calea *identificării fetişizante absolute*, căci în orice moment *ceva poate deveni antifetiş*. „Distanţa" psihologică este factorul providenţial pentru menţinerea unei tensiuni metafizice, când inaccesibilitatea fiinţei dorite asigură evitarea deziluziei. Este de fapt *o apărare* pe care şi-o găsesc aceste persoane, alegându-şi un(o) partener(ă) cu care să existe din start o cauză obiectivă pentru imposibilitatea contactului sexual. Acest *Eros der Ferne al inaccesibilităţii* îl „scuteşte" pe cel în cauză de teama apariţiei antifetişului, căci situându-ne în filozofia lui Blaga *„Târziu întrezărim prin doruri/ Latente-n pulberi aurii/ Păduri ce-ar fi putut să fie/ Şi niciodată nu vor fi...."*

8.2.2. Ideea „unicului partener" – explicaţii transgenetice

Considerând că dragostea se întinde din rădăcinile adânci ale inconştientului şi până la *conştiinţa propriei valori – dragostea văzută ca potenţial de maturizare* în cadrul diadei, când se transcende condiţia de *„unu"*, precum şi frenezia acelui *„aici şi acum"* – putem interpreta **tulburările de dinamică sexuală** ca perturbări metaforice ale „metabolismului iubirii", ce intercondiţionează cu lanţurile fiziologice şi psihologice la mai multe niveluri. Există o „explicabilitate" individuală, în care dinamica psihotraumelor personale are răsunet în îndepărtatul *inconştient personal şi colectiv*, în interacţiunea acelor mituri originare schopenhauriene, în arhetipurile jungiene – viziune care, deşi filozofică, îşi demonstrează valoarea „instigativă" asupra libidoului.

Contrapartea vizibilă a complexului nevrotogen este „obiectivismul" celui în cauză în raport cu propria *problemă* – resimțită cu acel fler cu care „fiecare este pentru sine *cel mai bun doctor*". Ulterior, totul se exprimă în „patologia" comunicării interpersonale, când cuplul capătă caracter de sistem și afectarea unei „verigi" induce disfuncționalitatea celorlalte dimensiuni.

Ambilateralitatea sistemului psihic uman – ce rezidă în stabilirea comunicărilor atât cu „interiorul" ființei, cât și cu „exteriorul" – influențează decisiv modul în care cauzalitatea autentică a tulburării sexualității este încorsetată în substituții inconștiente. Ne vom referi, momentan, cu precădere la acele situații în care tulburarea de dinamică sexuală a apărut în urma *pierderii* unui anumit partener determinat. În aceste cazuri, **simptomul** reprezintă particularizarea exterioară a *nevoii de pedeapsă inconștientă* pentru ceea ce individul în cauză **nu acceptă** și **nu înțelege** ca fiind *vinovăția sa* în constelația de motive pentru care *a fost părăsit*. Interpretarea TDS-ului ca „variantă" de autopedepsire este susținută de visele cu conținut castrator. Prin lanțuri asociative, mai mult sau mai puțin explicite, se poate merge mai departe, simptomul putând fi văzut ca un substitut al suicidului (atunci când omori o parte din tine, acea parte cu valoare de transcendere a propriei ființe și a ființării limitate).

Aproape invariabil regăsită în cadrul acestor adevărate *drame* este **ideea celuilalt** (J. Evola, 1994), ce se constituie pe de-o parte prin *vâscozitatea libidoului* (afectul legându-se strâns de reprezentarea acestui partener) și pe de alta, prin faptul că înclinația erotică se face pentru tot ceea ce **este** celălalt, dincolo de faptul că aparține sexului opus. În plan conștient apare credința în „dragostea unică" sau convingerea că poți iubi și poți fi iubit de o singură femeie (bărbat) – acel singur partener determinat, capabil a produce „pasiunea fatală", niciodată fericită, căci există o forță ce trece dincolo de individ. Idealizarea este originea iluziei că iubim pentru una sau alta din ansamblul calităților celuilalt, când, de fapt, lucrul cu adevărat iubit și care leagă este **ființa**, ființa nudă. Este de înțeles atunci cum *patima,* dacă nu este împărtășită, se transformă în ură.

Întotdeauna, atât în virtutea explicației biologice a finalității speciei, cât și a celei psihanalitice a *principiului hedonic* și a dorinței de posedare, *marea* și *adevărata* dragoste este aceea în care nu este iubită o femeie, ci femeia, nu un bărbat, ci bărbatul. În criza acuplării ființa își pierde individualitatea, în asemenea momente *specia* înlocuind *individul* (J. Evola). Cu toate că formularea are nucleu instinctual, amintind de animalitate, ea conține intricată ideea insubstituibilității partenerului, certitudinea că în pereche se găsește viața însăși, în sens superior. Odată pierdut ceea ce fiecare numește „partener autentic", dispare legătura fizică la nivel profund, chiar dacă în noul partener cel în cauză regăsește factori cu afinitate caracterială, explicând de ce tensiunea sexuală (inconștientă) față de un partener pierdut rămâne, inclusiv când complementul conștient poate fi disprețul.

Factorul ce dezvăluie intensitatea **fixației** adiacente trăirii accidentale a eșecului în plan intim explică de ce dorința refulată se menține neatinsă, crescută, exteriorizându-se în reverii cu puternică încărcătură pulsională și atracție erotică față de ceea ce inconștientul său numește acum *„unicul obiect de satisfacție libidinală"* – în ciuda evidentelor dificultăți reiterate cu fiecare nou(ă) partener(ă). Dincolo de ideea lui Freud, conform căreia *vâscozitatea psihică* este un *„număr prim"* și *„element neanalizabil"* – imposibil de modificat, rămâne matricea metapsihologică, în care afirmații de genul *„nu pot trăi fără tine"* nu sunt banale, reapărând transgenetic într-un

ciclu de rituri, integrându-se în legende ce îmbrățișează tradiții îndepărtate în timp și spațiu. În virtutea nevoii de siguranță și previzibil, în iubirea unică – chiar dacă rațiunea întrevede caracterul efemer – se anticipează **securitatea psihică**, indispensabilă clipelor de sublim fizic. **În virtutea ei, omul are dreptul de a crede *mai mult*** !

În subconștientul fiecăruia există tipuri posibile de iubire, ce se actualizează treptat și sunt conștientizate total în concordanță cu nivelurile aspiraționale ale vârstei. De la *epitumia* la *storge*, de la *eros* la *agape* se trece ușor, vitalizându-se această schemă, în funcție de complexul motivațional al personalității în devenire. Funcționează o paradigmă latentă, construită încă din copilărie, când prin simbolistica jocului se prefigurează *trebuințe* în raport cu ceea ce **ar trebui să fie** sau **ar putea fi** principiul masculin sau feminin similar. În structuri ce operează subconștient, posibili parteneri – *erotic* sau *ludic, pragmatic* sau *agapic* – funcționează pe rând ca *predicat, atribut* sau *complement* al vieții psihice individuale.

8.3. Impotența psihogenă

8.3.1. De la fiziologie la sensibilitate. Actul sexual *reușit* – criteriu al orgoliului masculin

Comportamentul sexual uman poate fi descris din perspectivă diacronică sau sincronică, în funcție de sex sau vârstă, ceea ce probează încă o dată caracterul său dinamic, evolutiv (sau, în unele situații perturbatorii – involutiv). Cercetările au demonstrat că orice activitate sexuală presupune o fază emoțională, una apetitivă și alta consumativă. Cea de mijloc poate persista chiar și după degenerarea fiziologică a organismului o dată cu trecerea anilor. Tulburările de dinamică sexuală se pot instala la oricare dintre aceste niveluri, factorul psihologic fiind considerat liantul între etiologic și etic.

Scăderea tensiunii ergice a sistemului nervos central ca urmare a stresului, a oboselii, a unor maladii organice, a dizarmoniilor familiale sau profesionale, a anxietății, a nesiguranței sau a responsabilităților exagerate în plan social pot genera dificultăți în viața intimă. Acestea se pot instala și ca urmare a unor tulburări în ritmul obișnuit al cuplului (abstinența, distanța prea mare între contactele sexuale, unele pasagere perversiuni, abuzuri, consum exagerat de alcool, droguri). Pentru bărbat, aceste incidente îmbracă forme mult mai dramatice. Generează complexe de inferioritate, în cazuri ce frizează psihiatria putându-se ajunge la crime sau sinucideri, invocat fiind *orgoliul masculin*. Tulburarea de dinamică sexuală masculină este vizibilă, observabilă, imposibil de ținut secretă față de parteneră și, prin aceasta, oricând posibil a deveni publică. Individul se simte vulnerabil în fața societății, temându-se de judecata acesteia și de faptul că criteriul sexual ar putea fi singurul mijloc de valorizare. Apare timiditatea, angoasa – atât în relațiile cu femeile cât și cu bărbații, la serviciu sau în viața extraprofesională, din teama de a nu se trăda printr-un cuvânt sau gest, astfel încât propria durere să devină obiect de comentariu, atrăgând după sine pierderea respectului și a autorității.

Într-o situație similară, deși femeia se consumă puternic în interiorul propriu, subiectiv, ea poate minți și poate mima orgasmul. Chiar dacă bănuiește ceva, din comoditate, bărbatul acceptă afirmațiile liniștitoare ale partenerei, cu atât mai mult cu cât frigiditatea nu antrenează perturbări în sfera maternității. Din contra, fericirea venirii pe lume a bebelușului constituie pentru femeie refugiul din fața oricăror nemulțumiri de ordin emoțional sau profesional, simțindu-se pe deplin recompensată prin bucuria de a naște și a crește un copil.

Pe măsura înaintării în vârstă, procentul de frigide scade și crește simțitor numărul femeilor cu orgasm (mai ales după 30 de ani). Consecutiv acestui palier însă, la bărbați crește incidența impotenței, ceea ce va avea ca urmare scăderea numărului mediu de contacte sexuale pe săptămână. Aceștia fac greșeala de a pune accentul pe performanțele cantitative, în dauna celor calitative, care cer o bună cunoaștere a anatomiei și psihologiei feminine, precum și a tehnicilor erotice. Majoritatea biografiilor sexuale masculine sunt punctate de eșecuri sporadice ale acuplării. De la aceste mici „accidente" până la instalarea unei veritabile tulburări a dinamicii sexuale, un rol deosebit îl are distanța dintre natura și cultura individului. Atunci când firea celui în cauză este dominată de sensibilitate, pot interveni numeroase principii etice cu rol de cenzură, împiedicându-l să se lase pradă voluptății umane, motiv pentru care la persoanele deosebit de evoluate din punct de vedere afectiv și spiritual este posibilă o fragilizare a mecanismelor neuropsihice, pe care tulburarea de dinamică sexuală se poate instala cu ușurință. Este bine cunoscut acel cerc vicios în care un eșec îl pregătește pe altul, riscându-se ireversibilitatea fenomenului.

Cele mai frecvente perturbări, chiar subevaluate din punct de vedere clinic, sunt incapacitatea erecției, respectiv anorgasmia. În aceste realități psihofiziologice un rol major îl au reprezentarea, imaginația și gândirea. Pentru bărbat, această tulburare de dinamică sexuală apare atunci când, deși există o puternică dorință și necesitate sexuală, erecția nu se produce. Un astfel de individ ar trebui să realizeze că satisfacerea soției ține de capacitatea lui de a iubi, care nu reprezintă, în nici un caz, un indice al „masculinității". Este greșită concepția conform căreia *succesul ține strict de erecție*. Plăcerea femeii este un proces mai complex ce se realizează pe mai multe planuri, în care, în contextul interacțiunii de cuplu, potența sexuală devine doar o adaptare a bărbatului la cele mai intime momente ale contactului cu partenera.

Din punct de vedere al bărbatului, erecția este cea mai importantă, deoarece **nu** poate fi dirijată voluntar și conștient. Femeile însă își centrează atenția pe perioada fantasmelor imaginative anticipatorii. Cu toate acestea, pentru sexul masculin, erecția rămâne, mai mult sau mai puțin inconștient, *un criteriu al demnității*. În cazul bărbatului, căruia întâmplător nu i-a reușit actul sexual (deoarece din motive oarecare nu s-a produs erecția), se perpetuează un comportament greșit ce tinde să se accentueze. La următoarea întâlnire, de apropiere a trupurilor, complementar cu dorința, se naște bănuiala legată de repetabilitatea eșecului. Dubiile determină reprezentarea mentală a noului insucces posibil. Acestea cresc atingând punctul critic la intromisiune. Subiectul devine centrat pe temerile de nereușită și nu pe dragostea pentru parteneră – ceea ce îi slăbește erecția. Devine, astfel, dintr-o persoană ce dorea să-și ofere dragostea, un „orgolios" angajat într-o competiție ce trebuie cu orice preț câștigată.

Unicul comportament îndreptățit în astfel de cazuri ar fi fost *un maximum de sensibilitate*, dar care nu-i reușește din cauza unor credințe disfuncționale negative, cu valoare de mecanism nevrotogen. Triumfă frica de rușine și bănuiala că prietena își va aminti *fosta relație* în care „lucrurile mergeau bine". Este indusă ideea unui **„trebuie" cu orice preț**, dar, influențat fiind de teama repetabilității eșecului, transmite subconștientului această formă a neputinței, făcând imposibile următoarele experiențe sexuale. O participare negativă poate avea și partenera care, în loc să mimeze că nu a observat fenomenul, reproșează lipsa de potență, producându-i prin sugestionare o și mai puternică inhibiție. De obicei, aceste tulburări dispar în momentul în care bărbatul știe că din motive exterioare este imposibilă efectuarea actului sexual.

Ideal ar fi ca cel în cauză să-și privească soția (prietena) ca pe *ființa iubită*, omițând sfera instinctualității și ideea că aceasta așteaptă în permanență *ceva*. Trebuie să învețe să simtă emoția îmbrățișărilor și a apropierilor intime, pe care să le încarce cu sentimentul mulțumirii, mai mult decât erecția însăși, deoarece *„acuplarea este numai un act, o scenă, un tablou dintr-o dramă, dintr-o comedie, sau simplu poem".*

Încercând să aducem câteva **precizări psihologice** dimensiunii medicale a problematicii *sexului oral*, pe acest tărâm „fragil" este într-adevăr dificilă munca de a *defini* și *explicita*. *Sensibilitatea* și *receptivitarea generală* apriorică variază de la individ la individ, în funcție de propria sa maturizare erotico-sexuală, *„a avea* (sau *a face*) *sex"* putându-se întinde de la a fi sinonim cu simpla *intromisiune vaginală*, fără a conta finalizarea raportului și până la *a atinge orgasmul*, indiferent de maniera directă sau strict imaginativă.

Sexul oral trebuie analizat oarecum în afara ideii de *perversiune*, deoarece concepția modernă este aceea că *nimic din ce constituie plăcere liber consimțită în intimitatea dintre un bărbat și o femeie nu poate fi de acuzat*, pierzându-și din nota peiorativă în virtutea existenței unui mare număr de indivizi ce-și recunosc dorința de posedare completă a partenerului(ei). Singura întrebare ce rămâne validă este *„Unde se termină normalitatea?"*. Răspunsul se îndreaptă spre aria extremelor, atunci când această modalitate devine dominantă sau obsesivă, în detrimentul sentimentului de la care s-a plecat – acela de cunoaștere globală a celuilalt. Atunci când satisfacerea orală devine predominantă în comportamentul sexual al unui individ, putem să clasificăm conduita în cauză ca frizând patologicul.

Încercând să analizăm fantasmele ce îndreptățesc *doza de „necesar"*, remarcăm o vastă simbolistică justificatoare – pornind de la fixații infantile originate în stadiul respectiv al dezvoltării libidinale, la agresivitate latentă asociată tentației de a mușca (pulsiuni regresive) și până la *sexul oral* ca marcă a „rafinamentului" în stăpânirea artei erotice. Acesta este și motivul pentru care există oameni cărora *cenzura* unui rigid Supra-Eu nu le-ar permite nici măcar reprezentarea mentală a unei asemenea scene. Alții asimilează practicarea lui cu **marea dragoste**, considerându-l „piatra de încercare" în demonstrarea iubirii unice cu rădăcini absolutiste. Întâlnim, de asemenea, indivizi ce aderă la noțiunea de „partener total", care ar recurge la acestă „tehnică" pentru a-și demonstra „valențele superioare", acel „a fi deosebit performanțial în planul intimității de cuplu", remarcă ce i-ar conferi senzația de *control omnipotent* al relației. În înțelesul laic al termenului, „sexul oral" este asociat cu acel cuantum de tandrețe

suplimentară necesară atingerii unei nivel superior al excitației, deoarece în arsenalul de gesturi ce transcend acuplarea obișnuită, forța trăirii, a implicării afective este **întotdeauna mai mare**.

Din perspectiva unei anamneze medicale, ceea ce rămâne relevant este *prezența* sau *absența* ***detensionării interioare*** – ca final expectat al oricărei „forme" de „a avea sex". Ne interesează, de asemenea, dacă sexul oral reprezintă pentru cel în cauză o tentativă din multitudinea unor „experimente" sau, dacă nu cumva, este folosit pentru „construirea" sufletească a unei pseudofidelități, atunci când se recurge la relații extra-conjugale. Aspectul devine important întrucât – în acest al doilea caz nu este vorba de o eliberare psihică autentică (ci doar cel mult de una exclusiv fizică), atâta timp cât în natura umană este încrustată întotdeauna *speranța de a cuceri interzisul*.

8.3.2. Satisfacția în plan intim – traductor fidel al iubirii perene

Plaja cauzelor ce generează tulburări ale dinamicii sexuale este variată, dar, în final, baza o constituie comunicarea afectată dintre parteneri, asociată cu comportamente false, ale căror origini sunt, cu siguranță, în traumele de relaționare cu figurile ce au marcat educația în copilărie. Unul dintre aspectele minim cunoscute – în sensul de mai puțin „discutat" și „mediatizat" – este **lipsa sentimentului satisfacției**, absența senzației de plăcere, pe care orice act sexual *reușit* ar trebui să-l inducă, deoarece, atunci când cei doi parteneri „se potrivesc" din punct de vedere fizic și emoțional, apropierea intimă este total diferită de imaginea unei *scene cheltuitoare de energie*, ci corespunde unui schimb de mesaje afectogene al căror scop este revigorarea trupurilor și sufletelor și încărcarea lor cu noi sensuri empatice.

Această tulburare se asociază cu dispoziție proastă, irascibilitate sau depresie. În subconștient sunt adânc întipărite vinovăția și antipatia față de partener(ă), precum și o atitudine greșită raportată la sexualitate, căci, după cum am mai spus, chiar în condiții de oboseală anterioară, actul sexual finalizat și dublat de sincronizarea partenerilor reduce tensiunea intrapsihică. Specialiștii de formație predominant *organică* sunt tentați să caute explicația în defectele de recuperare din perioada refractară (momentele imediat următoare acuplării) – timp ce îmbracă durate variate în funcție de vârstă și în care, în mod firesc, este „refuzată" repetarea coitului. Reacțiile interioare normale întâlnite în aceste clipe se întind pe o largă paletă de la *dezgust moral* față de celălalt și până la *elanul exagerat – când predomină tandrețea și recunoștința*. Când se prelungește perioada refractară somatică, impulsul sexual și dorința sunt conservate, numai că excitația se produce foarte lent, datorită echilibrului nervos nerecuperat. Faptul este remarcat în principal la indivizii neurastenici, al căror caracter principal este fatigabilitatea. Corelat, apare frica de un nou act sexual și o hipotonie generală însoțită de o violentă depresie, fără un caracter prea bine definit, o tristețe profundă și necontrolată față de ideea de ***cuplu***. Dacă partenera „forțează nota" din concepția nefondată *de a menține un anumit număr de contacte pe săptămână, de a nu avea „eșecuri" ale vieții în doi,* atât virilitatea, cât și autentica dragoste se diminuează progresiv.

Din păcate, cuplurile în care există astfel de probleme le conştientizează destul de târziu, o dată cu apariţia impotenţei sau frigidităţii secundare. O influenţă negativă o pot avea părinţii, care îşi ţin prea mult *băiatul* legat de ei. Situaţia este similară şi frecvent întâlnită la ambele sexe. Un bărbat *prea insistent* substituie femeii plăcerea prin percepţia unei agresiuni, urmată de spaima de a fi folosită. Putem întrezări traumatisme ce constau în permanenta angoasă rezultată dintr-o doctrină religioasă strictă – pedepse aspre pentru gesturi banale (masturbarea din anii copilăriei), care nu atestau decât nevoia micuţului de a-şi testa „buna funcţionare a organismului". Mai târziu, în viaţă, rămâne doar gândirea că raporturile sexuale trebuie să aibă ca singur scop – procrearea. Alteori, este extrem de puternică teama de a nu-i produce partenerei o durere intensă. Se poate întâmpla ca femeia să fi avut anterior alte relaţii, iar cel în cauză nu o poate ierta, motiv pentru care inconştient refuză – prin absenţa posibilităţii de a trăi plenar bucuria experienţelor intime – să intre în competiţie directă cu *foştii adversari imaginari.* Aceasta, alături de situaţia în care îşi prinde partenera în flagrant delict de adulter, este o cauză frustrantă ce poate merge la bărbat până la absenţa ejaculării. Există cazuri paradoxale în care, dacă femeia trăieşte multiple orgasme, bărbatul, în loc să fie mulţumit, datorită unei neîncrederi în propria persoană – analizată în valoare absolută, o judecă aspru pentru *„mai vechile cunoştinţe în arta erotică".* În mintea soţilor geloşi „funcţionează" anumite „mituri" ce afectează în sens neplăcut atât planul fizic direct, cât şi iubirea profundă – *„cel dinainte era, cu siguranţă, mai bun la pat", „soţia este interesată strict de performanţele cantitative ale sexualităţii şi este într-o permanentă căutare de noi recorduri",* precum şi alte „axiome" perpetuate din aceeaşi arie a *standardelor anatomice „visate" de femei.*

Corolar, astfel de bărbaţi sunt călăuziţi de intenţionalitate şi se poziţionează în evenimente „confecţionate" care să le „dicteze" erecţia, dar, după cum era de aşteptat, planificarea conţine condiţii ce conduc la imposibilitatea efectuării. Ei încep să se simtă constrânşi, obligaţi la o anumită „normă" ce tinde să înlocuiască fluxul firesc al realităţii de cuplu. Ei vor trebui să rupă cercul vicios ce-i stăpâneşte, oferindu-le partenerelor certitudinea că un eşec trecător nu afectează adevărata comunicare ce rezultă dintr-o dragoste autentică şi matură. De cele mai multe ori, tulburările de dinamică sexuală pornesc din **inhibiţie**, în sensul că unele manifestări ale subconştientului pot determina întreruperea reflexelor normale ce intervin în desfăşurarea coitului. Şocul emoţional accidental poate prelungi inhibiţia, atunci când partea ascunsă a „creierului" este alimentată cu ideea obsesivă a neputinţei, aici aflându-se simbolul codificat de răspuns pentru fiecare imagine ce generează şi întreţine cercul vicios.

Un argument al mecanismelor psihice cu valoare „castratoare" este *menţinerea plăcerii resimţite în vis,* deşi cu un caracter extatic şi mai atotpătrunzător decât cea legată de actul fizic (J. Evola, 1994). Când se atinge o anumită treaptă a intensităţii, se întrerupe şi atunci intervine trezirea. Faptul în sine susţine existenţa unor puncte de fixaţie, în virtutea cărora obişnuita corelare dintre plăcere şi actul fiziologic nu suportă puterea cenzurii conştiente.

Este cunoscută imposibilitatea atingerii orgasmului, la ambele sexe, atunci când acuplarea se limitează la utilizarea de comun acord a corpurilor. În acest caz, scopul este autoerotic, căci pentru satisfacerea individuală nu există efectiva fuzionare şi fiecare dintre cei doi este afectat de un soi de impotenţă; se gândeşte doar la sine, ignorând realitatea celeilalte fiinţe, neajungând la acel contact cu substanţa intimă şi subtilă, singura capabilă să alimenteze intensitatea dizolvantă şi iniţiatoare de extaz.

8.4. Frigiditatea

8.4.1. Între *suferință* și *„datorie“*...

Pentru aceste femei, afinitățile ideale, devotamentul, afecțiunea și spiritul de sacrificiu rămân doar ALTCEVA sau CEVA INCOMPLET, în timp ce actul sexual în sine devine rutinier.

Cauzele posibile se pot situa la mai multe niveluri începând cu inconștientul personal, cu reminiscențele traumelor suferite în familia de origine și terminând cu „patologia“ specifică a comunicărilor în cuplu. Există multiple „nuanțe“ a ceea ce sexologii numesc generic „frigiditate“. Cea totală ar fi sinonimă cu anestezia sexuală absolută, lucru întâlnit extrem de rar în realitate. Mai frecventă este însă anorgasmia (când se produce acel crescendo generat de suma excitațiilor psihice și fizice, fără a se atinge momentul culminant al orgasmului). Absența detensionării psihice se asociază cu frustrare, sentimentul „neîmplinirii“, dezamăgire, dispoziții depresive pasagere, a căror cauză nu este decât vag conștientizată, iar lipsa relaxării poate naște uneori anxietate. Cea în cauză, chiar atunci când intuiește explicația pentru lipsa confortului, o alungă imediat din minte ca pe un lucru „nedemn“ de luat în seamă.

La alte femei există numai un grad de frigiditate parțială, corelată cu tendința de a-și investi propriul corp cu o exagerată putere de seducție, ceea ce va atrage după sine dezvoltarea unui complex cu mecanism nevrotic.

Comportamentul poate fi interpretat și drept consecință a hipersensibilității celei în cauză față de orice respingere. Există teama, chiar inconștientă uneori, de a nu fi comparată – fie cu relațiile anterioare, fie cu propria imagine conștientă pe care și-o dorește. Ea știe că nu se poate sustrage, iar frica o face defensivă, ceea ce, o dată cu frigiditatea, generează și o rigidizare a relațiilor în cadrul cuplului. Hipercontrolabilitatea devine provocatoare pentru partener. În loc de înțelegere atrage asupra ei „brutalizări“. În această situație, cauza trebuie căutată în dihotomia dintre aspectul real și stima de sine cu „fațada sa de perfecțiune“. Teama de comparație exprimă frica de prăbușire a „aureolei“, ce ascunde un EU fragil și instabil (după K. Horney, 1995).

Drama unei femei frigide se consumă între dorința de a găsi o explicație și sentimentele de autoînvinuire. Cea în cauză se simte „obligată“ să fie perfectă în toate domeniile, cu atât mai mult în cel al vieții sexuale. Fixându-și un țel prea înalt, inhibiția este atât de puternică încât clacarea apare inevitabil. Reproșurile legate de propria deficiență sexuală nu sunt decât o tentativă de a anticipa ceea ce așteaptă de la celălalt.

Existența unor fixații anterioare fazei de maturitate sexuală poate provoca un *dezastru* la prima încercare de apropiere fizică. Anumite gesturi sau cuvinte spuse întâmplător de partener sunt atrase simbolic, intrând în rezonanță cu complexele inconștiente. Ele fac aluzie fie și doar la o anumită stare emoțională. Eșecul primei încercări sexuale este trăit ca un puternic episod traumatizant. Ceea ce se va păstra nu sunt întotdeauna elementele importante, ci amănunte cu conotație negativă. Dacă într-o încercare ulterioară reapar aceste stări, chiar și cu un nou partener, nu mai există

control conştient evocându-se situaţia anterioară finalizată cu eşec. Detaliile nesemnificative aparţin unei sfere secrete, nemărturisibile. Repetabilitatea primului eşec se datorează păstrării şi reactualizării acestuia; se produce un transfer, o inerţie a experienţei nefaste.

Este o eroare din partea bărbatului a-i arunca în faţă „secretele" pe care el crede că le-a ghicit; nu reuşeşte decât o recrudescenţă a conflictelor şi o agravare a durerilor. Adevăratul ajutor se acordă „în trepte", cu generozitate şi încredere, într-un climat afectiv liniştit şi relaxant, unde lupta cu frigiditatea ucide „trauma acuplării", şi fiecare act sexual este inedit.

8.4.2. Narcisismul – o tentativă nereuşită de seducţie

S-a vorbit şi se vorbeşte mult despre *puterea de seducţie* a femeii, cu nuanţe ce se întind pe un palier de la sensibilitatea duioasă la tendinţele agresive imortalizate simbolic în versuri de tipul: *„femeia, femeia, cu ea să nu te pui"*. Această nevoie de cucerire prin *sentimentul puterii* poate fi considerată o încercare de a da piept cu sine şi cu ceilalţi prin ceea ce numim *self-inflation*.

Tulburările de dinamică sexuală capătă astăzi o notă particulară, dată de o anume *„valorizare"* atribuită inconştient de cel în cauză pentru a reduce autentica suferinţă. Este vorba de situaţia din ce în ce mai regăsită – deşi nu întotdeauna uşor sesizabilă – în care *lipsa dorinţei de a poseda în mod absolut altă fiinţă* se exprimă sub forma unei **anestezii sexuale** ce coexistă cu o **castitate coruptă**. Aici ar intra exemplul cvasipermanent al societăţii moderne – **exacerbarea propriei nudităţi** –, corpul şi plăcerea ce rezultă din grija narcisică pentru punerea în valoare a frumuseţii intime oferă o experienţă ce este preferată celei sexuale normale şi concrete. Această etalare seductivă a tot ce constituie *„interes"* pentru sexul opus (comportament în care putem întrezări reminiscenţe maniacale), în esenţă duce la insensibilitate, autism şi refuz nevrotic al erotismului (după J. Evola, 1994).

Woodword o considera **formă de sadism** „intelectualizat" la femeile ce-şi expun trupul, prevăzându-l însă şi cu o plăcuţă simbolică *„nu deranjaţi!"* –, tinere cu conduite provocatoare, ce adoră să fie privite, nu şi atinse, spre a nu ieşi la iveală acel grad de frigiditate crescută, care în absenţa preocupărilor pentru *„exteriorul"* fiinţei le-ar îngrozi. Conştient, se amăgesc cu sexualitatea cerebralizată, cronică şi difuză, pe care o stârnesc în jur, în timp ce *drama frustrării afective* se consumă în *„interior"*, fără *comunicarea* ce i-ar distruge imaginea narcisică a femeii perfecte – în sensul neopsihanalitic introdus de Karen Horney – ca expresie **nu** a iubirii de sine, **ci** a înstrăinării de propriul Eu. Gesturile adânc „studiate", mimica iscusit „construită", întreaga vestimentaţie şi aura unei misterioase traume reprezintă, de fapt, o fugă – încă ţinută sub control – din faţa sexului opus.

Complementele conştiente sunt *orgoliul, râvna după prestigiu şi admiraţie, anxietatea disimulată, dorinţa de a fi iubită,* corolar cu *lipsa capacităţii de a iubi* – deghizate forme în care *protestul viril* atinge cota *„răzbunării"* – în filme precum *„Hărţuire sexuală"* sau „mult visata" *femeie* din paginile revistei *Cosmopolitan* – în permanentă căutare a unei oglinzi ce-i poate reflecta doza de *combativitate* masculină a impresionantelor realizări. Deşi aceasta este imaginea *expectată* şi *admirată* de

bărbații secolului XXI – *femeia ce se impune, femeia ce **știe** să-și deschidă o carieră*, se scapă din vedere doza de autism și insensibilitatea sufletească reală. Securitatea sa emoțională e șubredă, căci *celălalt* nu este ales pentru *ceea ce reprezintă în sine*, ci ***pentru modul în care știe să flateze***, motiv pentru care, pe măsura „înaintării" în orice nouă relație –, *libidoul* scade, căutându-se perpetuu un „cuantum energetic" suplimentar.

Tendințele narcisice devin cu timpul un substitut al respectului de sine. Ea poate gândi că dacă partenerul nu o mai iubește, aceasta se întâmplă pentru că se situează mai sus de înțelegerea lui. Atunci începe să considere că celălalt este obligat „cel puțin" să-i dea atenție. Obținerea admirației se substituie dragostei. De fapt, o astfel de femeie își alege bărbatul, nu pentru tot ce ceea înseamnă el ca om, ci pentru modul în care știe să măgulească. La rândul ei, îl copleșește cu complimente mai mult sau mai puțin valide, conform principiului inconștient *„flatează pentru a fi flatat"*.

Întâlnim, de asemenea, și încă frecvent, bărbați cu tendințe narcisice, bărbați ce cred că femeile ar trebui să-i îndrăgească fără a le face vreun avans. Pentru un astfel de individ este de neconceput ca o parteneră care l-a cunoscut să se poată îndrăgosti ulterior de un altul.

Aspectul este similar, poate chiar mai frecvent – pentru sexul masculin – când agresivitatea îmbracă latura *interesului* brutal și imediat în raport cu sexul opus – ca o adaptare la *„căderea de potențial"*. Sunt acei indivizi ce vin în întâmpinarea *„noului"*, mobilitatea lor psihică „cerând" suprasaturarea cu *„elementul uman întâmplător"*. Libertatea **Eu-lui** în raport cu **Erosul** este **falsă**, căci din această schemă cel în cauză omite *anxietatea* raportată la imposibilitatea trăirii emoționale durabile. Pentru sine, **experiența** are mai multă valoare decât ***relația***. Multiplicitatea legăturilor este o încercare nereușită de înlăturare a punctelor de fixație (posibile în perioada preoedipiană – pentru o personalitate de tip Don Juan, ce-și caută *mama* în orice *femeie*, din cauza imperfectei sale individuații existențiale). *„Legarea emoțională"* este un joc al indeterminării: în locul partenerului unic și insubstituibil avem „un tip aproximativ", prezent în mai multe ființe, ce-i asigură condiția unei atracții suficient de intense (după J. Evola, 1994). Personalitatea imatură este percepută subiectiv ca insuficientă definire a Eu-lui și, dacă reprezentarea internă nu este foarte precisă, obiectul plăcerii va fi indeterminat și înlocuibil. La nivel metapsihologic, Don Juan este simbol al transcendentului dorinței, trecerea de la o pasiune la alta făcându-se dintr-o deziluzie perenă, din neputința de a fuziona cu celălalt (văzut în sens metafizic al absolutului). Tulburarea dinamicii sexuale apărută reprezintă autocondamnarea oferită inconștient satisfacției, dublată de plăcerea efemeră a seducției și cuceririi asociată cu „savurarea" senzației de a face rău. Reacția celuilalt la abandon e însoțită de o nevoie – plăcere de a distruge și profana. Atunci când puterea Supra-Eu-lui este mare, *violența* se întoarce asupra sieși – ca pedeapsă – prin disfuncția sexuală. Cu fiecare nouă experiență, urmează o nouă dezamăgire – produsă de incapacitatea libidoului de a se fixa (substituită în durerea dată de TDS), căreia îi urmează dezgustul față de ceea ce Don Juan credea că este *ultimul scop urmărit*. Eu-l poate căuta în sentimentul posesiei și în egoismul sexual o compensație pentru inferioritatea proprie, deoarece acesta generează iluzia de „ființă" – ca o consolidare a individualismului.

O persoană narcisică acceptă cu greu adevărata problemă a cuplului, învinovățindu-și mereu partenerul, căci propriile mecanisme de apărare acționează în sensul: „nici vorbă nu poate fi ca EU, ființă superioară, să am asemenea «defecte»; în

consecință, ele nu există". Suferința se consumă în interior din cauza conflictualității latente și, *uneori, apar simptome nevrotice prin care „se cere ajutorul"*, astfel încât una din cele două părți ale personalității sale scindate să poată „învinge" (după K. Horney, 1995). Nu este același lucru dacă schimbarea personalității este dorită de cel în cauză sau numai de partenerul care îl iubește. De multe ori, motivația autentică a comportamentului său este atât de încorsetată în substituții inconștiente, încât, în virtutea unei structuri de personalitate extrapunitivă, el nu suferă și nu se plânge de starea lui psihică.

Oricât de bine intenționat ar fi celălalt, atâta timp cât sunt vizate aspecte abisale ale psihismului, el nu va ști niciodată care este adevăratul „BINE" pentru partener, relativizându-se și ceea ce ar putea însemna „binele" sau „viitorul cuplului". Aici ne confruntăm cu situații de tipul: *„soțul meu este nervos* (... și sunt invocate aspecte din cele mai variate ale patologiei...), *de aceea nu ne mai înțelegem; aș dori ajutorul pentru a depăși această problemă".* Numai că, uneori, se întâmplă (și asta o stupefiază pe cea în cauză!) ca partenerul, odată eliberat de acele „inhibiții", să-și urmeze cu mai multă hotărâre propria cale; atunci, ruptura cuplului izbucnește, menținerea lui nefiind posibilă decât în condițiile nevrozei anterioare.

O altă cauză „macroscopică" ce poate explica frecvența TDS în zilele noastre vine din faptul că experiența erotică se numără printre acelea ce au din ce în ce mai mult un caracter static, ca și cum ar apărea și s-ar derula de la sine, fără ca voința persoanei să intervină. Pasivitatea este în corelație cu scăderea implicării afective, iar în argumentarea cu „factori sociali" *ocazionali* se disimulează sau, mai bine-zis, se ascunde legătura cu masochismul (J. Evola). Indiferentismul în domeniul vieții intime se explică, generic vorbind, prin investirea forței erosului într-o altă direcție: spre formele ce conexează cu factorul estetic. De la frumusețea fizică (ce acționa ca fetiș) a unei anumite ființe se trece treptat la extazul pe care îl suscită o frumusețe divină de tip abstract, fără a fi vorba de un autentic proces de sublimare. Cu toate acestea, când cel în cauză nu are curajul să își accepte conștient problema, intervine în apărare **raționalizarea**, care ***lasă impresia*** unei „convertiri superioare" a libidoului.

Pentru un individ cu TDS, *ura* pentru sexul opus este doar parte vizibilă din aisbergul indicatorului secret al unei deosebite tensiuni, gata să se traducă în circuitul distructiv al dragostei, de îndată ce este înlăturat obstacolul dat de dispozițiile inconștiente ale celui în cauză. Această distrugere similară morții simbolice a tot ce-a fost anterior iubit, alături de dereglarea sexualității normale, lasă iluzii cu gust amar... *„Mi-am ars icoanele din sanctuare și-acum mă-nchin la tot ce-am ars demult..."*

8.5. Cauze superficiale în afectarea intimității de cuplu

8.5.1. Oboseala *sau* eșuarea comunicării: o dramă sexual-afectivă

Cauza cea mai frecvent sesizată de parteneri, raportată la apariția disfuncției sexual-afective în cuplu, este **oboseala**. Sunt invocate sub cele mai variate aspecte problemele vieții cotidiene, începând de la banala *lipsă de timp* și terminând cu munca

de răspundere cheltuitoare de energie. Motivele, ca un fel de autodezvinovățire, sunt legate de „societatea bolnavă" ce generează structuri de personalitate în care stresul prelungit se confundă cu anxietatea. Cel în cauză reclamă serviciul care îi consumă 12 ore din zi (mulți dintre cei cu tulburări de dinamică sexuală lucrează ca economiști sau contabili, fiecare având „un job suplimentar").

Actul sexual în sine trebuie să fie reconfortant, reechilibrant, dar în condițiile unei oboseli cronice, primul lucru afectat este perioada refractară, faza de refacere următoare uniunii sexuale. Se instalează astenia fizică, ulterior și psihică, ceea ce creează sentimentul insatisfacției. Partenera obosită va avea nevoie de mai mult timp pentru a se simți liniștită și degajată, iar soțul, încercând să-i producă plăcere, va consuma mai multă energie, fapt ce se va resimți în momentele ulterioare. În locul normalelor gesturi de tandrețe și afectivitate ce trebuie să urmeze acuplării, se generează sentimentul obligativității și somnolență, mergând până la indiferență. Acestea sunt suficiente pentru a induce celor doi ideea unei posibile tulburări. Dacă se forțează refacerea firească a organismului după disfuncția apărută, fie și ocazional, prin mecanism de feedback, de teama repetării incidentului, se ajunge la scăderea dorinței sexuale.

Astfel, oboseala devine **o pavăză** pentru tulburarea instalată în cuplu. Este o acuză perfectă în raport cu societatea, pe care aceștia o percep ca având „oameni-mașină", preocupați numai de „randament".

Mecanismele de apărare transformă rapid „scuza" în ceva care să demonstreze „o virtute". O femeie frigidă va considera că oboseala ei este dovada faptului că muncește, că se străduiește pentru familie, ea încercând inconștient „să adune" cât mai mult, *să se simtă cât mai epuizată pentru ca motivația să funcționeze perfect.* Astenia devine o plăcere substitutivă în încercarea de a părea o „laudă", față de plăcerea firească dată de relaxarea sexuală normală.

Un bărbat cu tulburări de dinamică sexuală va avea o percepție deformată a partenerei; el va interpreta ca o femeie „adevărată" pe cea dezinteresată de aspectele intimității și va fi fericit când aceasta se va plânge că este obosită. Cuplul pierde din ceea ce numim „comunicare sexuală", fără să-și mai pună vreodată problema de a o regăsi, căci nu au știut-o niciodată, datorită problemelor ce au existat mereu, dar latent – condiții favorizante ale acestei *drame interioare cu desfășurare în doi.* Și astfel de cupluri există la tot pasul – ce au cedat sub greutatea profesiei, a „gospodăriei" și, într-un cuvânt, **a timpului**. Bărbatul sau femeia, alienați de constrângerile de zi cu zi, nu-și mai asumă nici măcar funcția lor sexuală, cu atât mai puțin autentica relație a unuia cu celălalt. Toate rămân într-un plan mediocru și derizoriu.

Relația poate fi privită și invers: cel în cauză, incapabil de a-și înfrunta situația conjugală, clachează proiectând asupra anturajului (serviciu, prieteni, „frecușurile" vieții cotidiene) propriile dificultăți. Pe lângă oboseală, mai sunt invocați tot felul de alți factori externi, cu valoare inhibitorie asupra comunicării sexual-afective a cuplului: prezența soacrei, normele specifice unui anumit clan familiar, copiii sau grijile. Acestora le este unanim recunoscută valoarea obiectivă. Ceea ce se omite – chiar și de cei ce analizează astfel de cupluri – este exacerbarea valorii lor, facilitată de tendințele nevrotogene. Aici intervine „terenul" sau reactivitatea individuală. Condițiile exterioare nefavorabile nu reprezintă decât niște elemente de risc pentru instalarea tulburării, în timp ce particularitățile sistemului psihic individual condiționează vulnerabilitatea. Tipul de activitate nervoasă superioară, cu caracteristici precum forța,

mobilitatea, echilibrul, în ceea ce privește posibilitatea inducției corticale a excitației și inhibiției reprezintă *terenul,* mai mult sau mai puțin receptiv, pe care se grefează *distorsiunea emoțională.*

Exemple: M.T., 46 ani, de profesie maistru, invocă oboseala deseori, care îl împiedică să finalizeze un act sexual normal. De fapt, aceasta este cauza superficială sub care se ascunde indiferența față de parteneră. După o discuție mai lungă, amintește că *„soția nu mai prezintă nimic atrăgător", „nu știe să se poarte"* și *„nu mai e spontană".*

Atâta timp cât încă mai erau copiii, se simțea ca într-un „carusel". Toate mergeau de la sine și „făceau dragoste din obișnuință", ca un reflex condiționat ce își cerea drepturile. Acum, când s-a schimbat ceva în viața de cuplu prin „golirea casei", plictiseala își spune cuvântul: gândul că plecând de la serviciu îl așteaptă acasă monotonia, imediat accentuează oboseala ce prin feedback determină tulburarea sexuală.

R.R., 41 de ani, este căsătorită de 22 de ani și datorită firii sale mai reci și mai distante nu a sesizat (sau, mai corect spus, nu a vrut să sesizeze!) eventualele disfuncții ale cuplului. Acum, că micuții au devenit adolescenți și cheltuielile sunt din ce în ce mai greu de suportat, și-a luat un serviciu suplimentar, astfel încât nu-și mai vede soțul decât noaptea în dormitor, când cade frântă de oboseală. Acesta i-a reproșat, mai în glumă mai în serios, răceala afectivă și inautentica participare la actul sexual. În schimb, întotdeauna ea a fost *soția model,* care și-a îndeplinit cu succes atât sarcinile profesionale, cât și rolul conjugal.

În prezent, mai mult ca oricând, muncește pentru familie, dorind să fie apreciată. Soțul, cerând „puțin timp și pentru el" și dominat fiind totodată de rolul ei profesional reușit, o acuză din ce în ce mai frecvent de anorgasmie. Din păcate, ea nu simte să-și fi schimbat comportamentul față de perioada tinereții, dar a acceptat să vorbească despre acest aspect dorind o schimbare strict de dragul partenerului, „pentru ca el să fie mulțumit". În adâncul sufletului nu înțelege exact ce i se cere, pretextând că își îndeplinește perfect rolul de soție.

În ambele situații se face apel la factorii „explicativi" exteriori, deoarece conflictul interpersonal desfășurat la nivelul planului psihic este ascuns. *Drama comunicării eșuate* este disimulată în „straturi" superficiale, exacerbându-se importanța factorilor ambientali ce prelungesc proasta stare conjugală.

8.5.2. Medicamentele – un caz „ad-hoc" de extrapunitivitate

Atunci când apare o dificultate în viața de cuplu sau când, pur și simplu, vârsta își spune cuvântul, este mai simplu să *inventăm* motive exterioare pentru scăderea implicării sexual-afective, decât să acceptăm că adevărata *problemă* se situează în interiorul ființei, în *standardele, normele, nevoia de record* pe care singuri ni le impunem. „Ștachetele" tinereții rămân neclintite, deși fiziologicul și dinamica firească a organismului se schimbă, căci nu întotdeuna există o cuplare perfectă a cognitivului cu gândirea emoțională. Este cazul mult cunoscut – dar din păcate insuficient studiat autentic – al bărbaților de 55–60 de ani, ce-și doresc partenere adolescente din simpla și unica motivație inconștientă de a-și mai demonstra încă *valoarea* – în cel mai

general sens al termenului – de la performanțele în plan intim, la posibilitățile materiale și acel laitmotiv *„am sufletul încă tânăr“*. Despre aceste reale dificultăți conjugale, perturbări, dileme morale s-a scris, în general, cu o notă peiorativă, ca și cum *„uite, dragă, de ce le mai arde oamenilor la această vârstă“*, fapt ce face și mai grea misiunea medicilor sau psihologilor în abordarea subiectului. Din același unghi de vedere, când apare confruntarea cu *„necazul“* – despre care până nu demult făcea haz cu prietenii, prima tendință este **de a găsi un vinovat**, care, bineînțeles, se va afla **în afara Eu-lui**.

Un caz tipic este acela când în apariția unei tulburări de dinamică sexuală este invocat **un medicament**. Stabilirea acestei corelații este un fel de *raționalizare*, de „scuză“ în ochii proprii, căci, de obicei, pastilele invocate nu au nici o bază reală farmacocinetică sau farmacodinamică ce ar putea susține „acuzația“. În plus, este vorba de tablete luate ocazional, maximum un flacon, situație în care, chiar dacă ele ar fi produs o ușoară scădere a potenței, aceasta nu ar fi durat doi ani! Dar, în încercarea de apărare, cel în cauză caută să-și confecționeze – din nevoia de obiectivitate – *o traumă* în real, pe care să poată proiecta apariția TDS, când, de fapt, *perturbarea* reprezintă un aspect evident și simplist al conflictului intrapsihic sau interpersonal – idei ținute „prizoniere“ într-un inconștient furtunos.

Repetitiva sintagmă *„medicamentul păcătos!“* exprimă imaturitate (ce reapare periodic în anumite momente ale vieții, la anumite tipuri particulare de personalitate), corelată cu neacceptarea – nici a *cauzelor*, nici a *efectelor* propriu-zise. Fraza reproduce acel *„X e de vină!“*, ce dovedește atât extrapunitivitate, cât și vulnerabilitatea psihică la posibila acțiune a factorilor exteriori.

Acest gen de pacienți au un mod particular de a se adresa celor avizați, exacerbând puterea miraculoasă a doctorului, în aceeași manieră în care au supraînvestit medicamentul cu proprietăți nocive. Se conturează un Eu fragil, cu o capacitate puternică de recidivare sistematică a nesiguranței, chiar și în cadrul unei terapii. Lipsindu-i satisfacțiile erotice și „ajutat“ de o fire insuficient delimitată, individul ajunge să-și pună la îndoială valoarea. În această stare de regresie afectivă se exteriorizează marcat anxietatea. El cere terapeutului sprijin „împotriva“ medicamentului care i-a făcut rău, ca un copil ale cărui forțe nu sunt suficiente pentru a lupta singur. Labilitatea psihică îi permite o capacitate crescută de a transfera dorințe ascunse, mascate, cereri presante, dar și revendicări agresive *(„Atâta timp cât pastilele alea mi-au făcut rău, doctorul* ***e obligat*** *să mă ajute!“)*. Schema mentalității reproduce ambivalența sentimentelor infantile, cu nota de culpabilitate mai mult sau mai puțin prezentă. Necesitatea ***unui medic*** o substituie pe aceea a ***unei partenere***. Subiectul neagă conștient o posibilă problemă interpersonală sau un blocaj al comunicării. Însuși medicamentul *incriminat* a generat trebuința unei relații aparte cu o figură proeminentă, cum este aceea a terapeutului. Emoția subsidiară poartă aureola magiei primilor ani și suscită exaltarea Eu-lui. Tulburarea în sine devine sursă de satisfacții orgolioase, cu exacerbarea autoadmirației. Dintr-o dată, optica se schimbă, intrând în acțiune acel *„Sunt interesant!“* – atât din punct de vedere clinic, dar și pentru partenera actuală, dar mai ales pentru una posibilă(!). Beneficiul secundar al simptomului – reprezentat de căldură, afecțiune și focalizarea atenției asupra sieși – își face simțită prezența prin acest mijloc de valorizare.

Pentru *exemplificare,* luăm cazul lui C. K., 32 de ani, la care apariția TDS -ului a coincis cu consumul unui antibiotic (Vibramicină – administrată 8 zile). A renunțat

imediat la relaţia cu partenera, „colindând" pe la cât mai mulţi doctori în speranţa că *„îi vor da de cap".* I s-a oferit explicaţia că pentru **recâştigarea încrederii este nevoie de *doi*,** accentuându-se importanţa unei legături profunde – clipă succedată de descărcarea brutală a tensiunii acumulate prin învinuirea terapeutului de incapacitate. Se sesizează tendinţe impulsive, urmate de regrete ulterioare, exprimate deschis, şi *implorarea* medicului pentru ajutor. În săptămânile următoare, „soarta" a făcut ca o tânără de 26 de ani să-l îndrăgească sincer, să-i înţeleagă dificultăţile şi să-i ofere sprijinul empatic. Deşi dorind ajutorul noii prietene, brusc a devenit infatuat şi dominat de un comportament de superioritate: *„Cum crezi tu că mă poţi ajuta, dacă nu am reuşit cu EA, pe care am iubit-o atât şi dacă nici medicii nu ştiu ce să-mi facă!".* O conduită inadecvată a demotivat intenţiile tinerei, aruncându-l din nou în „temniţa" singurătăţii, până va accepta că maleabilitatea în fiinţarea diadei este *cea mai trainică ancoră.*

Un alt *caz* ar putea fi acela al lui S.D., 56 de ani, care după un tratament de două săptămâni cu Ulcerotrat (!) – efectuat în urmă cu opt luni – simte cum potenţa i-a diminuat succesiv – având grijă să se raporteze constant la „victoriile" adolescentine „de neuitat". Întâlnim aici *neasumarea vârstei biologice,* dictată de o imaturitate de fond şi completată cu o viaţă de cuplu imperfectă, deoarece, dacă în perioadele trecute intimitatea ar fi fost încununată de armonie, „scăderile performanţiale" inerente ar fi fost mai puţin dureroase narcisic.

Interesantă este şi *situaţia lui B.U.* care, deşi niciodată nu a manifestat o TDS, se preocupă şi consultă doctorul în legătură cu „pastila minune" ce ar putea fi procurată ca acest lucru groaznic să nu se întâmple. Interesul pentru bunul mers al relaţiei conjugale este înlocuit cu căutarea „medicamentului miraculos" responsabil de „salvarea" şi menţinerea căsniciei. O posibilă problemă în domeniul sexualităţii va fi raportată indiscutabil la *un al treilea* – care va fi cu siguranţă medicul, ce nu a ştiut să acorde un corect sprijin terapeutic, moment în care soţii pot deveni uniţi împotriva „duşmanului comun", când, de fapt, ceea ce se înfruntă este *propria imaturitate.*

CAPITOLUL 9

Metaanaliza relației de cuplu

E minunat să simți cum plânge cerul,
Să guști din toate fructele amăgirii,
Să poți să-ți depășești patrulaterul
Acelei umbre vechi a disperării.

9.1. *Let it be an answer...*

Analizând dintr-o perspectivă psihologică raportul *dragoste-posesiune* rămâne în urmă un cortegiu de întrebări, ale căror explicaţii – mai mult sau mai puţin sălbatice – se pot întinde de la *heteroagresivitate* la *echivalenţă suicidară*. De la banalul *„Ce este dragostea şi dacă ea există la prima vedere?"*, la *„Ce părere aveţi despre variantele extreme, atunci când ea devine posesiune? Credeţi că aceasta ar fi mai specifică femeilor sau bărbaţilor?" „Iubirea unică există?"* şi *„Cum ar fi marea dragoste mai apropiată de acel a-ţi poseda partenerul sau este îndreptăţită libertatea lui totală, deoarece, atunci când iubeşti, o faci necondiţionat?"...*

La nivelul *simţului comun* se ştie că există persoane dominate de gelozie, sentiment ce revine cu aceeaşi stăruinţă în cadrul oricărei noi relaţii, parteneri a căror dragoste poate fi mai degrabă caracterizată prin dorinţa de a poseda în mod absolut o altă fiinţă. Cum s-ar putea descrie mai pe larg o astfel de fire şi care ar fi corelatele inconştiente ale acestei structuri?

Ce legătură ar exista între această nevoie acută a dragostei absolute şi psihotraumele copilăriei timpurii? La constituirea unei astfel de personalităţi, ce contribuie primordial: propriile carenţe emoţionale familiale, ce vor influenţa stilul relaţional al celui în cauză *sau* este suficientă o aderare formală la modelele afectiv-educaţionale oferite de romanele adolescenţei?

Un astfel de individ, caracterizat printr-o „adezivitate" excesivă în raport cu celălalt, poate fi considerat ca total opus a ceea ce numim *o personalitate de tip Don Juan*, acela ce seduce cu aceeaşi uşurinţă cu care şi părăseşte *„victima"*, situaţie în care dorinţa de **a cuceri** se substituie celei de **a poseda**?

Acela ce-şi *posedă* partenerul(a) poate fi mai degrabă interpretat ca înscriindu-se în relaţii inconştiente de tip sado-masochist, în care agresivitatea fantasmatică atinge cote maximale *sau* este un individ sensibil, labil emoţional, dominat de propria nesiguranţă împotriva căreia luptă prin acest tip particular de legătură sentimentală, indecis, deprimat – atribute ce ne-ar îndreptăţi să-l considerăm pe el însuşi **principală victimă**? *Sau*, altfel spus, în această relaţie particulară, cine este mai nefericit – *„victima"* sau *„agresorul"?*

Ne întâlnim la tot pasul cu ştiri din care aflăm creşterea tentativelor de suicid (şi, din păcate, de multe ori reuşite!) în rândul tinerilor. Cel mai frecvent motiv invocat de familie este *o dragoste neînţeleasă şi neîmpărtăşită* sau, dacă ne situăm în termenii de

analiză ai temei în discuție, descoperim cum la această vârstă credința în „iubirea unică" împinge la gesturi extreme în virtutea legii inconștiente **a absolutismului**. Din această perspectivă ne întrebăm dacă **dorința de posesiune** decurge în mod univoc din acțiunea **principiului plăcerii**, a cărui forță devine nebănuită și nu se lasă supusă **realității**. Dincolo de speculațiile care, deși autentice, poartă amprenta subiectivismului și aura paradigmelor filozofice, care este punctul de vedere strict medical *sau*, altfel spus, nu este oare aceasta doar **cauza aparentă** a suicidului? Și atunci, ce se ascunde în profunzime?

9.2. Ciclicitatea firească

9.2.1. Un pseudotratat despre o femeie (diz)grațioasă

Atributele: grație, grațioasă, grațiozitate sunt principale în „zestrea de calități" a oricărei femei. Implicit se includ sensurile de: politețe, amabilitate, bunăvoință, curățenie. Lipsa lor nu poate avea nici o scuză. Această absență este marcată prin prefixul *„diz- "*, prezentând, astfel, o rezonanță de sentință, de sancțiune, în urma unei judecăți morale. Treptat-treptat, cea care-și va afișa permanent și ostentativ atributele negative va sfârși prin a cădea în **diz**grația partenerului, pierzând favorurile acestuia, sentimentul și interesul său pentru ea.

O femeie poate și trebuie să fie grațioasă, plină de finețe și farmec, încântătoare și plăcută tuturor, la orice vârstă. Prin puterea și voința ei se va „construi" sau se va „demola" singură. Nu există etapă ingrată sau rușinoasă, vârsta trebuie privită cu înțelepciune, ca pe ceva înscris în legea firii. Se cuvine să ne bucurăm pentru fiecare zi, pentru fiecare an pe care îl trăim și să ne străduim cu tot ceea ce ne stă în putință să fim plăcute și de ajutor celor dragi.

Fiecare palier își are neajunsurile și neplăcerile lui și, de multe ori, ne dorim să fim mai bătrâni sau mai tineri, dar totodată există bucuriile, farmecul și drăgălășeniile clipei. Finețea de spirit și cultura sunt garanția vitalității veșnice.

A fi grațioasă și plină de farmec, politicoasă și amabilă este numai într-o mică, foarte mică măsură, un „cadou" al destinului. Este o componentă comportamentală dobândită în procesul educației și integrării sociale, ce se va fixa o dată cu conturarea și clarificarea personalității.

Modestia și simplitatea sunt și rămân, de mii de ani, atributele suverane ce dau valoare superlativă oricărei femei. A fi grațioasă la modul ideal este dificil chiar și pentru staruri, manechine sau topmodele. Nu aceasta trebuie să fie preocuparea unei femei obișnuite. Ea trebuie să învețe încă din copilărie cum să devină plină de farmec, irezistibilă cu „setul" personal de calități și defecte, descoperind cum să se corijeze pe sine.

Orice fetiță va fi „dulce" pentru simplul fapt că este ...fetiță. Accesoriile vestimentare alese cu gust vor suplini lipsa de dărnicie a ursitoarelor. Părinții vor face bine să-i explice cu calm și convingere că nazurile și mofturile nu o fac frumoasă și că „băieții nu o plac". Trebuie învățată să zâmbească, să spună întotdeauna *„vă rog"*, *„mulțumesc"*, *„mă iertați"*, *„îmi dați voie"*, fără să ajungă însă a-i imita pe adulți. Altfel,

copilului i se va răpi calitatea esențială și definitorie a vârstei sale: drăgălășenia. Unele fetițe sunt de la natură mai îndrăznețe" sau există cazuri când, mai ales tăticii, „supărați", își astâmpără „amarul" îmbrăcând micuța și chiar tratând-o ca pe „băiatul lui tăticu'". Cu toate acestea, ea trebuie să fie cuminte, delicată, să vorbească și să meargă elegant.

Manierele, regulile de bună purtare, deprinderile civilizate se pot dobândi în orice familie, indiferent de mediul social, dacă părinții se vor strădui ei înșiși să le impună. Și să nu uităm că exagerările, de orice natură, provoacă dizgrație. Dincolo de premii, cultură generală și veșminte, un copil arogant va fi întotdeauna antipatic.

Tendința fetelor de a se îmbrăca băiețește, ce apare la preadolescență, induce în unele cazuri tulburări psiho-sexuale și comportamentale cu consecințe în timp. Pe neașteptate, ele devin dizgrațioase, deși sunt convinse că emană în jur seducție și inteligență..., în ultimă instanță, sunt demne de plâns. Nimeni nu le învață cum să se comporte duios, să fie pline de farmec, plăcute, cu simplitate și rafinament.

Se ajunge uneori ca în procesul de „stilizare feminină", fetița să-și imite mama, mătușa, bunica sau orice altă persoană considerată figura marcantă a copilăriei, ce va reprezenta astfel modelul la care se va face apel. La început, respectiva persoană poate plăcea soțului, dar mai târziu, el îi va face reproșuri.

Alteori, fata va prelua „idoli" subculturali (staruri muzicale sau cinematografice, dominate de aspecte sexy), total necompatibili cu structura sa psihică sau cu aria etno-culturală în care s-a format.

La 15–16 ani, o domnișoară depune toate eforturile să se autoeduce. Multe adolescente se îmbracă și se comportă ca la 30, din nerăbdarea și dorința de a deveni mai repede mature și a scăpa de sub tutela părinților. Însă, mai târziu, au brusc nostalgia pubertății, le cuprinde spaima că îmbătrânesc și deodată poartă colanți, fuste mini, fundițe de toate culorile, vorbind afectat, alintat, răzgâiat și aruncând ocheade în jur, devin ridicole, dar, mai ales, stârnesc mila... În aceeași categorie ar intra și soțiile care se lasă pradă unui total dezinteres față de persoana proprie, umblând prin casă obosite, nepieptănate, plictisite sau puse pe ceartă.

Dizgrațioasă este și cea care instaurează în familie o disciplină și o ordine „de fier", cerând supunere din partea tuturor. Soția „nu are voie" să se vaite, să plângă, nici să se deplângă. Deși, uneori, cea în cauză așteaptă inconștient și instinctiv compătimire, într-o asemenea stare nu va face decât să stârnească agresivitate și cel mult „autocompătimire" din partea bărbatului. Bolile, suferințele și supărările nu sunt o scuză. În nici o împrejurare și la nici o vârstă, ea nu trebuie să-și piardă demnitatea, decența, bunul-simț și feminitatea. Munca, greutățile, lipsurile, sărăcia, neajunsurile distrug rând pe rând sănătatea, speranța și seninătatea. Dar dacă, în ciuda tuturor acestora, va reuși să păstreze, ca un jar sfânt, nestins, puțină gingășie, candoare și delicatețe, va putea renaște și va fi un reazem pentru cei dragi.

Khan era de părere că femeile occidentale mai au încă multe de învățat de la cele orientale. Partenerele „moderne" obișnuiesc să se îmbrace elegant, să se fardeze, să se poarte rafinat și distins numai în afara casei (la serviciu, în vizite, la spectacole), în timp ce în familie sunt nervoase, dezgustate, plângăcioase, ceea ce înseamnă în egală măsură lipsă de respect față de soț, de ea însăși, de căminul conjugal. Femeia orientală iese pe stradă înfășurată în pânze negre sau albe, presărând în urma ei mister cu fiecare pas, necunoscută și lipsită de farmec pentru orice alt bărbat, dar, în intimitate, deosebit de tandră, de elegantă și drăgăstoasă.

Indiferent dacă o femeie încearcă să cucerească prin senzualitate sau prin intelect, şi unele şi altele au calităţi şi defecte în „stilul" lor. Cel mai bun „sfat" care se cuvine dat soţiilor ar fi acesta: „comportaţi-vă faţă de soţul dumneavoastră ca şi când ar fi al alteia şi aţi vrea cu orice preţ să i-l furaţi".

Chiar şi la vârsta a treia, o femeie poate fi plină de atracţie şi cu un aer de distincţie. Acum, ea trebuie să-şi exercite puterea de seducţie cu şi mai multă forţă decât la tinereţe, deoarece are datoria de a atrage şi a menţine în „câmpul gravitaţional" al personalităţii sale un număr şi mai mare de fiinţe – soţul, fiii, fiicele, ginerele sau nurorile, nepoţii şi strănepoţii. Tinerii învaţă astfel să nu se sperie de bătrâneţe, să o aştepte cu onestitate. Dacă îi iubeşti pe cei din jur, te îngrijeşti mai întâi pe tine, spre a le putea fi de ajutor până în ultima clipă a vieţii.

Mai rămâne să ne referim la o situaţie cu totul specială şi paradoxală: graviditatea. Când se află în starea de „graţie divină", indiferent dacă este bogată sau săracă, o femeie atinge culmea farmecului şi feminităţii sale. Crezând uneori că este urâtă, înspăimântată să nu provoace repulsie soţului şi celor din jur, ea stă mai mult în casă, se ascunde, se ruşinează de starea în care se află şi i se pare incompatibilă cu „afişarea" în societate. Fără să ştie, o asemenea credinţă marchează inconştient şi involuntar psihicul copilului.

Dimpotrivă, trebuie să se poarte natural, firesc şi să fie convinsă că se află în culmea frumuseţii şi drăgălăşeniei. Iar soţul ei trebuie să-i repete, acum mai mult ca niciodată, că *Ea* este *„cea mai frumoasă femeie de pe pământ şi dintre stele".*

9.2.2. Momente de încercare

„Viaţa în doi" este cel mai fascinant „domeniu de studiu", nu numai pentru psihologii avizaţi, cât şi pentru „omul de rând", care în fiecare etapă a existenţei sale se confruntă cu probleme, dificultăţi, suferinţe generate de o comunicare defectuoasă în familie – acel loc minunat ce ar trebui să constituie adevărata pavăză împotriva greutăţilor vieţii. Vine o vreme când grijile serviciului, mai ales în actuala şi acuta luptă pentru ceea ce simbolic – *şi nu numai!* – numim supravieţuire, demascarea mirajelor copilăriei şi pierderea părinţilor sunt dramatic resimţite. Fiecăruia i se pare că dacă *ar exista „reţete", dacă s-ar scrie în cărţi* cum să-ţi păstrezi partenerul(a), cum dragostea să dăinuie veşnic – căsătoria şi aderarea la statutul de familist ar fi mai simple. Unicitatea noastră structurală, morală, cognitivă şi emoţională ne face să receptăm diferit trecerea anilor, dar dincolo de aceasta există o relativă ciclicitate firească, mutuală, traversată oarecum universal şi fără excepţii, de acea entitate spirituală nou creată şi veche ca Biblia însăşi, numită **cuplu**.

● **Adultul tânăr** îşi valorifică la maximum procesele de acomodare şi adaptare, fiind dominat de dorinţa menţinerii unui confort sexual-afectiv. Partenerii îşi descoperă treptat însuşirile şi încearcă să se adapteze mutual, sincronizându-şi stilurile de viaţă. Atâta timp cât nu există probleme majore – perceptibile sau latente – legate de contruirea identităţii fiecăruia, nu există riscul apariţiei unor tulburări emoţionale, căci jocul tranzacţional bazat pe zone de toleranţă reciprocă este o bună bază pentru lărgirea intimităţii (după Iolanda Mitrofan şi N. Mitrofan, 1989). Atâta timp cât cuplul este fondat pe două personalităţi sănătoase, evenimentele traumatizante externe pot lovi, dar nu pot sparge diada, deoarece oboseala, obişnuinţa, plafonarea, în concepţia

tinerilor ce se iubesc, nu pot distruge *„ceea ce Domnul a unit"*. Oricât de grea ar fi asumarea rolului profesional, acceptarea celui parental sau asigurarea independenţei economico-financiare a tinerei familii, dragostea şi „căminul" oferă energie, forţă şi încredere, căci la urma urmei,

„Oricât de greu ar fi urcuşul
Pe ale munţilor cărări,
Plăcerea-i mare când pe culme
Poţi să priveşti în depărtări."

● În etapa următoare, **între 35 şi 45 de ani**, domină rolul parental, corelat cu stabilizarea celui profesional. Solicitarea în aceste direcţii poate eroda intimitatea primei perioade. Orice mică insatisfacţie în domeniul serviciului – în care cei doi marşează acum – se va grefa peste teritoriul insecurităţii afective şi al fluctuanţei sexualităţii, creând un dezechilibru. Dorinţa de **a reuşi**, care este mai puternică decât oricând, generează extrapunitivitate, mergând până la comportamente de căutare a „ţapului ispăşitor", care, în lipsa altcuiva din familia extinsă sau a factorilor accidentali, este întotdeauna **celălalt**.

Dacă în prima perioadă familia reprezenta „cuibul de dragoste" ce amesteca aura eroilor din romane cu frenezia acuplării şi suficienţa unuia în raport cu celălalt, acum se accentuează rolul terapeutic al acesteia, de suport afectiv şi mutual. Deşi aparent ar putea părea o consolidare, o trecere la asimilare, aceasta este cea mai fragilă etapă în ceea ce priveşte apariţia unor posibile tulburări în dinamica vieţii intime, fiind major incriminate necazurile exterioare, grefate pe labilitatea emoţională – nu atât a fiecăruia, cât a cuplului în ansamblu (I. Mitrofan şi N. Mitrofan).

Dacă unul dintre parteneri clachează în domeniul sexual, iar celălalt din greşeală sau – ceea ce ar fi şi mai rău – din indiferenţă îi aruncă o aluzie legată de brutalul *„nu ai reuşit"*, imediat se vor face simţite nemulţumiri şi insatisfacţii. Nereuşita se accentuează, căci apare ideea *„nici măcar asta nu mai merge; nu mai sunt bun de nimic; nu putem depăşi această situaţie"*. Problemele pot fi atât de grave, încât sistarea comunicării să genereze un divorţ emoţional ce poate persista multă vreme.

Pot apărea aspecte supraadăugate ce vor eroda teritoriul slab al intimităţii. Mult mai frecvent decât înainte apar rezultatele nocive ale suprapopulării spaţiului în care cuplul îşi desfăşoară viaţa. Înainte, efectele locuirii cu părinţii – de acum, la vârsta a treia – nu se făceau simţite, deoarece persista încă mirajul copilăriei cu ideea de a fi ocrotiţi şi ajutaţi. *E minunat să fii visător, dar realitatea nu se lasă părăsită:* fericirii de a fi ajutat (în cazul ideal în care nu există tradiţionalele neînţelegeri între generaţii sau conflictele dintre soacră şi noră, respectiv ginere) i se substituie orgoliul de a nu fi putut obţine o casă *„a noastră şi numai a noastră"*. Această dorinţă devine substitutul celei de menţinere a uniunii cuplului, ca şi cum pereţii exteriori ar fi un fel de atele simbolice pentru aripile rupte, mai ales că totul se întâmplă fără a şti exact punctul de pornire.

Intimitatea psihologică scade când creşte curiozitatea celorlalţi membri ai familiei, mai ales că cei în vârstă – neputând renunţa la rolul de părinţi – vor încerca să caute mereu vinovatul care, bineînteles, va fi întotdeauna **celălalt**, nu propriul copil, ce nu poate greşi şi are întotdeauna dreptate. Cei doi – de acum maturi, uneori având chiar copii la vârsta adolescenţei – sunt stresaţi să fie văzuţi „făcând pe îndrăgostiţii", mai ales că există şi convingerea nefondată, conform careia *„e ruşine la vârsta noastră!"*.

Temându-se de a nu oferi celor „mici" exemplele „negative" ale gesturilor tandre, deşi necesare şi fireşti, ajung să-şi perceapă orice încercare de reapropiere fizică drept o culpă.

Dragostea dezinteresată a tinereţii este umbrită acum de preocuparea pentru resursele financiare, pe de-o parte, din orgoliu, pe de alta – acumularea bunurilor materiale fiind ceva ce atenuează durerea inconştientă provocată de trecerea anilor şi pierderea vitalităţii. Este adevărat că în basmele copilăriei, o dată cu trecerea timpului, omul devine mai înţelept, bucurându-se de ceea ce a lăsat în urmă, dar în real, întâlnim consum energetic şi acea nevoie **de a strânge**, ce se substituie dorinţei **de a deveni**.

Indiferent dacă la începutul relaţiei cuplul a fost constituit pe cooperare sau pe „concurenţă" – văzute în sensul pozitiv al termenilor –, acum se accentuează competitivitatea şi se derepresează nevoia latentă de a domina, aruncarea acelui *„am reuşit în viaţă mai bine decât tine"* fiind fatal pentru instalarea unei tulburări în homeostazia cuplului. Se acumulează agresivitate, resentimente, anxietate, disimulare şi critici nejustificate. Se adaugă regretul neatingerii unor standarde aspiraţionale, ce din start au fost alese disproporţionat, atunci când excesul de putere al adolescenţei făcea ca ele să pară accesibile (I. Mitrofan şi N. Mitrofan). Angajarea în această luptă pentru obţinerea identificării cu idealul este ea însăşi cheltuitoare – în mod nenecesar – de energie. Exprimă încă imaturitatea primilor ani de convieţuire, căci aderarea *la modele* implică o anumită restructurare a firii celuilalt. Există o corelaţie biunivocă între incapacitatea de a parcurge firesc perioade de asimilare şi erodarea intimităţii sexual-afective, o dată cu pierderea acesteia distrugându-se şi securitatea mutuală.

9.2.3. Dincolo de tinereţe...

Suntem obişnuiţi să credem că dorinţa de apropiere fizică este specifică tinereţii, tot aşa cum funcţionează dogma nefondată conform căreia aceasta *„nu-şi mai are rostul"* după o anumită vârstă. Mai degrabă este vorba de discrepanţa resimţită în plan psihic între dorinţe şi perturbările fiziologice – evidenţiabile, vizibile – ca şi cum cel în cauză s-ar simţi vinovat că sufletulul său *mai speră.* Printr-o eroare considerăm îndreptăţite numai studiile legate de dramele afective ale adulţilor tineri, clasificând drept „nejustificată" anxietatea apărută în jurul vârstei de 55 de ani, ca şi cum sexualitatea *ar fi permisă* numai unei anumite generaţii. Perturbările emoţionale ale acestei etape a existenţei, deşi nu aşa spectaculoase precum şantajul afectiv al adolescenţilor, impresionează prin dilemele morale adiacente şi prin zbuciumul interior nemărturisit, deoarece acum, mai mult ca oricând, apare sentimentul inutilităţii şi convingerea că **nu are cui** împărtăşi problemele intime, din ruşinea că ar putea fi sancţionat prin atribute sociale de tipul *„neserios", „uşuratic"* şi *„preocupat de instincte primare"* – care, în virtutea unei perfide disimulări, ar trebui ascunse! Acestea sunt problemele fireşti ale umanităţii însăşi, despre care ar trebui să discutăm deschis şi fără o falsă pudoare, pentru a putea transmite tinerilor autenticele valori ale vieţii de cuplu.

● Adultul **între 45 şi 55 de ani** este caracterizat prin suprasolicitarea rolului parental. Bărbaţii sunt absorbiţi de statutul profesional şi de asigurarea securităţii financiare a familiei. Această implicare excesivă a soţului este dublată de retragerea partenerei din viaţa social-activă, ea învestind în rolul matern. Se supraadaugă

instabilitatea emoţională dată de modificările biologice. Putem adăuga că, din păcate, foarte multe femei au probleme majore în sfera genitală, drame ce se pot solda cu mamectomii sau histerectomii – totale sau parţiale – ce le mutilează personalitatea. Suferinţele organice, dincolo de fragilitatea psihică a celei ce tranversează un asemenea stres, în loc să consolideze relaţia conjugală din perspectiva acelui *„a fi împreună la bine şi la rău"*, fac ca mila să disimuleze în ură, nepăsare sau superficializarea sentimentelor, destabilizând întreaga viaţă de cuplu.

Dacă în mod accidental, datorită modificărilor fiziologice specifice vârstei sau lipsei de participare autentică, apare o tulburare de dinamică sexuală, devine evidentă preferinţa soţilor de a se evita. Bărbaţii caută grupurile; cei doi încearcă, dar nu reuşesc, să ajungă pe acel plan comun în care *celălalt poate fi simţit* pentru a putea comunica, dar nu mai rămân decât elementele tensionale... În urma eşecului în plan intim cu soţia, bărbatul simte nevoia acelei „primăveri tardive", dominat fiind de teama că şi-a pierdut virilitatea, frustrare psihică ce îi deşteaptă dorinţa reconfirmării masculinităţii. Este perioada tentaţiilor adulterine, mai frecvente la bărbaţi, comparativ cu perioada anterioară în care femeia simţea nevoia unui alt început (după I. Mitrofan şi N. Mitrofan, 1989).

Pericolul apare atunci când el se implică într-o relaţie vitală cu o altă parteneră şi, din păcate, aceste cazuri sunt destul de des întâlnite, iar dacă nu ajung să fie trăite în realitate, cel puţin în imaginaţie, bărbatul se simte „în putere", dorit de femei tinere şi reconfortat de ideea *că ar putea lua viaţa de la capăt.* În cazul unui eşec sexual cu soţia, este dificil de afirmat cu certitudine dacă *„a încerca cu o parteneră mai tânără"* este o soluţie sau o culpă. Oricum, argumentele pro şi contra invadează gândurile până într-acolo încât *se pregăteşte un nou eşec.* Unii, „mai curajoşi", mărturisesc că „au experimentat", alţii se mulţumesc cu satisfacţii fantasmatice, căci drama majoră se instituie atunci când nereuşita se repetă inclusiv cu noua parteneră. Atunci se întoarce „spăşit" în vechiul cuib conjugal, dar, neputând să înţeleagă că adevărata problemă este în interior, recurge la comportamente ce variază de la indiferenţa afectivă faţă de soţie până la agresiuni verbale manifeste, niciodată exprimând perfect şi deschis ceea ce simte, dar fiind convins că *„ea l-a distrus în toţi aceşti ani în care a acceptat-o".*

Pentru femeie, schimbările sunt de altă natură, încearcă să se mintă că viaţa sexuală şi-a pierdut importanţa şi, ceea ce este mai grav, încearcă să distrugă, din dorinţa de a uita, inclusiv ceea ce a fost frumos în tinereţe. Corelaţiile sociale date de zilele în care trăim fac ca soţiile să pară mai obosite la această vârstă, datorită grijilor pentru casă. Insatisfacţia şi privarea în domeniul intimităţii afective le fac să simtă repulsie pentru acest aspect al vieţii şi chiar pentru soţul ce a fost cândva tandru şi cald. Se centrează major pe reuşita copiilor şi, din păcate, propria frustrare se repercutează negativ, programându-i pe aceştia la nefericire conjugală: le prezintă rolul parental ca pe ceva ce se acceptă precum o povară, iar viaţa de părinte – plină de greutăţi şi dezamăgiri, aşa încât tânărul se simte, pe de-o parte – din start, dezinteresat de ideea familiei, iar pe de alta – întrucâtva vinovat de nefericirea părinţilor *(„dacă nu eraţi voi, nu stăteam eu cu el (ea), mă despărţeam demult şi eram şi eu astăzi cineva").* Nimic nu mai este sigur, toate valorile cuplului sunt răsturnate – curăţenia, rânduiala, bucuria, înlăturarea obscenităţii, seninătatea, înfrânarea instinctelor, comuniunea firească a celor două sexe sau ataşamentul de nezdruncinat.

● **După 55 de ani**, rolul parental se dilată cu acela de bunic sau suportă corecţii frustrante legate de plecarea copiilor. Peste acestea, apare şi criza identităţii profesionale – perioada pensionării, care, mai ales pentru majoritatea bărbaţilor, este greu de suportat. Ideea că viaţa sexuală încetează la 60 de ani este greşită, deoarece un cuplu ce a avut o relaţie cristalizată va suferi mai puţin din pricina devitalizării fiziologice, aceasta putând fi înlocuită de accentuarea tandreţii în înţelegerea exactă a dorinţelor fizice ale celuilalt (după I. Mitrofan şi N. Mitrofan).

Din păcate, aceasta este şi perioada la care îşi fac simţită prezenţa anumite disfuncţii somatice, care necesită ulterior tratament continuu şi susţinut. Cel în cauză trăieşte atunci sentimente ce se succed de la agresivitate (acel *„De ce mie?")* până la anxietate şi, ulterior, depresie. Revolta şi afectele puternice îi determină reprimarea sexualităţii. Mai intervine şi resemnarea, cu acel *„nimic nu mai are rost"* atâta timp cât *„nu mai sunt perfect"*, cu posibile nuanţe de autopedepsire pentru propria boală prin privarea de aspectele intimităţii. Ulterior, se instituie egocentrismul, cu restrângerea orizontului şi creşterea cenesteziei. Individul ajunge să-şi pună problema dacă nu cumva viaţa sexuală normală îi cere prea mult efort, „acaparându-i" din rezervele fizice. Cu timpul, apare o inhibiţie reflexă şi scăderea dorinţei, ceea ce determină un eşec la proxima încercare. Capriciozitatea exagerată, dublată de evaziunea în suferinţă, contribuie la instalarea acestui cerc vicios. Nu este vorba de un caracter peiorativ, ci constă în demisionarea de la obligaţiile conjugale, regresia nevrotică având ca scop anularea responsabilităţilor, ea fiind totodată un mijloc de a scăpa de dificultăţile inerente.

Exemplu: E.V., 53 de ani, diagnosticat recent cu hipertensiune arterială. Având o fire activă, i-a fost greu, resimţind dureros acceptarea ideii de tratament continuu. După un an, grija pentru sănătate – şi pentru propria persoană, în general – l-a făcut să se retragă treptat din cât mai multe activităţi, să se izoleze şi să se refugieze în compătimirile soţiei, modificându-şi personalitatea din dorinţa de a fi ocrotit. Diagnosticul devenise o scuză pentru neparticiparea la viaţa intimă, ce îi apărea acum prea „obositoare". După doi ani, în care sub influenţa tratamentului corect boala nu şi-a mai făcut simţită prezenţa, a devenit „leu" şi, revigorat, a început o nouă relaţie. Soţia nu mai prezenta interes, căci amintea de acea perioadă neplăcută când s-a lăsat îngrijit, rejectarea ei exprimând respingerea simbolică a simptomelor.

Datorită anxietăţii crescute în raport cu actul sexual pe care nu îl mai „practicase" de mult, dublată de frumuseţea noii partenere, încercarea s-a finalizat cu eşec. „Profeţia autoîmplinită" a fost întreţinută de ruşinea faţă de vitalitatea tinerei. S-a întors dezamăgit la soţie (care, de altfel, nu bănuia nimic!) şi s-a refugiat şi mai adânc în suferinţa – mai mult construită decât reală, aşteptând dezmierdările acesteia. Evadarea în boală a crescut egoismul şi introversia, anulând orice şansă ca cel în cauză să-şi dorească autentic remisia tulburării sexuale, îngreunând restabilirea unei comunicări cu soţia – de pe poziţiile unui echilibru matur al afectivităţii.

9.3. Funcţia securizantă a căsătoriei

Indiferent de vârstă, căutăm asiduu un răspuns la întrebarea: „Ce înseamnă căsătoria?". Se spune că ceea ce a selectat natura este perfect... *„e în legea firii"... „aşa trebuie să fie"... „vine vremea când"...*, mergând până la explicaţii iraţionale, de

tipul *„săptămâna oarbă"*. La baza oricărui act uman există motivația. Este interesant să pătrundem în „hățișul" ideilor-forță ale inconștientului nostru, spre a afla ce înseamnă acea expresie din bătrâni *„ce e al tău e pus deoparte"*.

Rămânem stupefiați când aflăm că prietenii noștri, cu care ieri am fost în concediu și totul mergea perfect, mâine divorțează. Și ne mirăm când cupluri ce te aștepți să se separe după fiecare nouă ceartă, merg înainte și, parcă în ciuda tuturor, îi vezi realizând ceva împreună. Vrem explicații și nu știm unde să le căutăm. Atunci, resimțim anxiogen ceea ce li se întâmplă celor din jur. Frica te face să te aperi. Căutăm acut soluții securizante. Societatea în sine, cu capcanele și mirajele lumii moderne, libertine, „deschise", ne face să ne simțim neapărați.

Ne confruntăm frecvent cu situații de tipul: *„femeie puțin trecută de patruzeci de ani, cu doi-trei copii... climat familial de tensiune și conflictualitate latentă, ajungând la violență fizică... indiferență afectivă a soțului, mergând până la jignire și dispreț..."*. Imediat, întrebarea firească: *„De ce mai stau împreună?"*. Primul lucru la care ne gândim sunt explicațiile materiale: casa, mobila, veniturile, nevoia de bani. Apoi, ne vin în minte sintagmele: *„pentru copii... cum să crească fără tată?..."*. Există, totuși, cupluri la care nu regăsim nimic din toate acestea și curiozitatea persistă. Nu rămâne decât o unică explicație: *„rău cu rău, dar mai rău fără rău"*. În traducere psihologică: frica de singurătate, ideea de a fi *„în rândul lumii"*, de a fi încadrat în *„normal"*. Percepția socială influențează autopercepția: *„are EA ceva, de se poartă EL așa"*. Și, imediat, cea în cauză, considerându-se vizată, dezvoltă ca pentru apărare un mecanism de tipul: „mai bine *așa*, decât să recunosc că *eu sunt altfel"*.

O altă explicație invocată în prelungirea agoniei unei căsătorii este mila: *„nu pot să-i fac asta... nu se poate descurca fără mine... ce-o să se întâmple cu EL (EA) dacă-l (-o) părăsesc?"*. De cele mai multe ori, astfel de gânduri nu au o bază reală. Ele sfidează iubirea autentică, matură și completă, demonstrând neîncrederea, poate chiar disprețul față de firea celuilalt. Sub apanajul altruismului, uneori se ascunde o modalitate a celui în cauză de a se securiza pe sine. Având grijă de altul, devii mai puternic în proprii ochi, aceasta satisfăcând într-o formă deghizată dorința de putere. Dacă celălalt se erijează perfect în rolul de „neajutorat", nu este o motivație suficientă pentru echilibrul instabil al cuplului?

În astfel de cazuri, căsnicia rezistă, deoarece sunt satisfăcute anumite dorințe, sentimente, vise, ce amintesc de figura parentală marcantă. Atâta timp cât pentru unul din parteneri căsătoria reproduce climatul copilăriei, această afectivitate cerută și primită în mod imatur devine singura rațiune de existență. Privit din exterior, cei doi nu realizează nimic împreună, nu se maturizează și nu se transformă, totuși rezistă, mai ales datorită anumitor gesturi sau cuvinte calde, cu conotații ludice, devenite aproape ritualuri. Aceste aspecte cu rădăcini imemoriabile se regăsesc la partenerii despre care se spune că nu se înțeleg decât în plan sexual. Este doar o impresie. Ei își satisfac reciproc nevoia de securitate ce le-a fost refuzată timpuriu.

Nu în ultimul rând ar fi interesant să amintim ce-i determină pe unii tineri să trimită partenerului (partenerei) mesaje de genul: *„Dacă în trei luni nu te căsătorești cu mine îl (o) iau pe X"*. Din leagăn și până în ultima clipă a vieții ne dorim să resimțim homeostazia emoțională. În funcție de vârstă, trebuințele afective îmbracă diferite forme. Poate că aceste ultimatumuri nu sunt decât expresia disperării existențiale. Oare chiar trebuie să optăm între securitate și iubire? Sau le vom regăsi în aceeași corabie?...

9.4. Obișnuința

9.4.1. *Miturile* unei căsnicii fericite

Amintindu-ne maxima lui Anaxarh – *„non liquet, nil potius" (nimic nu e sigur, nimic nu există mai degrabă)* – ne dăm seama că sub acest semn se situează viața psihică la nivel conștient. Psihologii, filozofii și chiar oamenii de rând, mai cu seamă bătrânii, care cred că au cunoscut și au trăit totul, vorbesc cu acea superioritate caracteristică despre experiențele umane: *„ce e val ca valul trece".* Întreaga epocă modernă postulează RAȚIUNEA ca principiu gata demonstrat, ce poate stăpâni instinctele în orice moment și este evocat acel *„trebuie",* care nu reprezintă altceva decât un aspect particular al unui Supra-Eu puternic. Există teama fiecăruia ca nu cumva să fi ieșit, în vreun fel, din **„limite"**; în condițiile lumii moderne, **„a fi conștient"** devine sinonim cu **„a fi rațional"**. Ar fi absurd să transformăm o pledoarie pentru normalitate într-o pledoarie exclusiv pentru realitate! În ceea ce privește viața de cuplu, unu plus unu nu trebuie să facă niciodată doi, căci atunci ne aflăm pe teritoriul înstrăinării, al lipsei de iubire (I. Mitrofan și N. Mitrofan, 1994).

Singurul lucru adevărat în ceea ce privește existența rămâne incertitudinea (a nu se înțelege nesiguranța!). Judecata morală, rațiunea sau dezvoltarea, sub orice aspect, se bazează pe acest apriorism. Există o frică acută ca nu cumva „mâine" să te facă să regreți decizia zilei de azi.

Ne învăluie o circumspecție de fond, ce acționează la limita conștienței – discret, dar suficient; oamenii se tem de „definitiv", în orice relație interumană se încearcă „o portiță", se caută peste tot drumuri, variante, căci, dincolo de rațiune, intuiția rămâne un indicator fidel al operatorului logic conștient „POATE". Eu-ri fragile, grefate pe incertitudinea existențială de fond, pendulează între „se poate" și „s-ar putea", traductorul fidel al acestor personalități NEDEFINITE rămânând afectivitatea lor, sub variatele ei aspecte.

Încercând să analizăm bine cunoscuta „obișnuință" apărută după câțiva ani de căsnicie, ajungem la ideea că este necesară, între anumite limite, atunci când exprimă aspectul acomodării mutuale, fiind un feedback prin asigurarea consensului valoric, atitudinal și motivațional al homeostaziei emoționale a cuplului.

Sub aspectele ei negative, se comută de la dezvoltarea dată de exercitarea rolului conjugal spre pierderea autonomiei. Este greu de stabilit cauzalitatea autentică și, anume, dacă obișnuința în cadrul cuplului generează structuri de personalitate dependente sau dacă personalitățile dependente sunt cele ce cad cu ușurință în mirajul dat de aspectele pozitive ale acomodării. O astfel de fire omite beneficul inedit în viața de cuplu, temându-se de imprevizibil, creându-și din obișnuință o pavăză pentru viabilitatea relației. Orice minimă problemă apărută pe acest fond este consecința desincronizării partenerilor, iar dacă există și motive latente în inconștientul unuia dintre cei doi, se ajunge până la stagnarea dezvoltării acestuia, căci tulburarea în fluxul relațional reactivează aspecte obscure refulate.

Pe plan conștient, cauza direct sesizată de partener se formulează de tipul: *„monotonia, rutina, inflexibilitatea CELUILALT".* Și astfel, mica problemă apărută în cuplu trimite direct la nesatisfacerea unei nevoi inconștiente de securitate.

În acelaşi timp, există şi o frică a celor doi de maturizare. Obişnuinţa satisface trebuinţa de siguranţă într-un mod deformat, şi anume: *„mai bine într-un iad cunoscut, decât în necunoscut“*. În profunzime, există teama de a nu fi capabili de adaptare sau, din contră, frica de schimbare radicală. Familia are nevoie de ideea obişnuinţei, căci dincolo de posibila imaturitate a celor doi există fragilitatea diadei – astfel, frecventele neînţelegeri apărute arată că acest cuplu există; faptul că are probleme exprimă, totuşi, fiinţarea lui ca structură; de aici, mai este un singur pas până când partenerii ajung să creadă că rezolvarea unei mici neînţelegeri este singura raţiune de coabitare (după I. Mitrofan şi N. Mitrofan). În subsidiar, regăsim dorinţa unuia de a „câştiga“ în mica dispută, de a avea dreptate cu orice preţ. Este deci vorba despre o formă deghizată de autoconfirmare ce, de la nivel individual inconştient, perturbă motivaţia căsătoriei.

În afara factorilor de sorginte individuală inconştientă mai sunt şi alţii împotriva cărora (deşi conştientizaţi) este greu de luptat, anticiparea şi predicţia lor fiind extrem de redusă.

Pe de-o parte, este vizat modelul diadei părinţilor, care exprimă aspectul superior şi matur ce urmează rezolvării problemelor copilăriei, acel *„a nu distruge iubirile“* aparent divergente ale perioadei infantile, ci a le integra, imprimându-le un sens – respectul şi veneraţia faţă de cuplul parental, căci ele reprezintă reminiscenţe ale mecanismului de identificare. În virtutea acestei idei, unul dintre parteneri doreşte să asimileze în cadrul familiei sale un aspect, o caracteristică, un atribut şi să-şi transforme propriul cuplu pe baza respectivului model.

Pe de altă parte, este vorba de expectaţiile în raport cu partenerul, expectaţii ce se constituie treptat, pornind de la formele involuntare ale reveriei diurne şi terminând cu imaginaţia creatoare ce vizează construcţia drumului propriu de viaţă. Aceste aspecte ce intră în alcătuirea complexului motivaţional al personalităţii, deşi sunt exprimări ale unui EU matur, integrează dorinţe uitate ale copilăriei. Aura de mister şi hiperputere împrumutată de la personajele cu rol odinioară marcant poate crea tulburări la orice nivel al afectivităţii, la întâlnirea cu realitatea şi cu realul partener.

„Miturile“ unei căsătorii fericite sunt de fapt standarde, ca nişte obstacole mult prea înalte pe care şi le fixează partenerii, ulterior trăind cu eşecul neatingerii lor. Ele sunt alimentate de dorinţele nesatisfăcute ce apar proiectate la adolescenţă ca aspiraţii necesare, păstrându-şi de fapt conţinutul fantasmatic. Le este cunoscută valoarea disfuncţională, deoarece, deşi sunt percepute conştient, acţionează la limită cu subconştientul, având valenţă nevrotogenă prin caracterul lor persuasiv.

O altă cauză a insuccesului unei relaţii este ideea unuia dintre cei doi, conform căreia există *„unul şi numai unul“* din posibilii parteneri cu care viaţa, în ansamblul ei, ar fi reuşită. Din păcate, această căutare devine un scop în sine, nu doar un mijloc pentru atingerea fericirii, exagerându-se rolul personal, omiţându-se faptul că împlinirea este rodul strădaniilor ambilor parteneri, nu rezultatul unui copilăresc „vreau“.

Uneori, la apariţia unei probleme în cuplu poate contribui şi convingerea cuiva că el este deosebit; fiecare individ, odată ajuns la maturitate, are senzaţia că nimeni nu mai poate iubi cum iubeşte el, că nimeni nu mai are aceeaşi capacitate de a (se) dărui. Este greşită credinţa conform căreia aceasta este premisa suficientă pentru trăinicia legăturii şi pentru siguranţa eradicării neînţelegerilor. Dincolo de o anumită limită, această convingere poate induce disfuncţionalităţi, deoarece ca un aspect al Eu-lui în cauză se conturează egoismul.

Ideea poate fi transpusă la nivelul familiei; partenerul în cauză percepe cuplul ca „intangibil" în raport cu fluctuaţiile drumului vieţii. Se conturează o personalitate narcisică: *„eu sunt deosebit, eu nu pot greşi şi, dacă te iubesc, asta te face special(ă)"*. Este un fel de negare a realităţii şi a problemelor autentice de la care nimeni nu se poate sustrage. Dacă aura de imuabilitate nu este perfectă, în mintea celui în cauză apare „necesitatea" schimbării partenerului. Până la un punct, celălalt poate fi cuprins în acest miraj al idealităţii „în doi", dar chiar dacă este vorba de o personalitate dependentă, aceasta nu acceptă automat şi transformarea sa. Atâta vreme cât „resursele răbdării" permit, există aspectul de falsă linişte, de calm aparent.

Ca epilog putem aminti că atracţia irezistibilă sau timiditatea, nevoia inconştientă de valorizare sau agresivitatea faţă de partener(ă) în formele ei mascate exprimă experienţe uitate, percepţii subliminale. Tot ce poate fi dureros îşi are explicaţia în UMBRĂ, ca latură „perfidă" a personalităţii, pe care fiecare încearcă să o ascundă.

9.4.2. Dragostea perpetuă

Plafonarea afectivă este bine cunoscută în familie – atât cu aspectele ei pozitive – *„ne cunoaştem de-o viaţă"* – cât şi cu cele negative – *„nu mai aştept nimic nou de la celălalt"*. Trebuie să nu uităm niciodată că, deşi puţine cupluri ajung să afirme precum Adam la mormântul Evei, **„acolo unde este ea acolo este raiul"** (Mark Twain), totuşi **„dragostea se poate atenua, dar niciodată nu moare".**

Este o formă deghizată a sadismului să dispreţuieşti ceea ce ai iubit cândva. Auzim la tot pasul expresii de tipul *„cum am putut să o iubesc?"* sau, şi mai rău, *„cum am putut să mă căsătoresc cu ea?"*. Unii cred că este maturitate – *„eram un puşti, nu ştiam ce fac; îmi luase Dumnezeu minţile; mi-a trecut"*. Alţii ar putea spune că este un mecanism de apărare, căci, la urma urmei, ai pierdut ceva, ori, conform legii nescrise inconştiente, fiecare îşi doreşte partenerul total.

Adevărata maturitate presupune să nu râzi de ceea ce ai stimat, căci în acea iubire s-a pierdut, s-a mistuit o parte din tine. E ca şi cum te-ai amuza de o ipostază a ta, aceea de copil nedefinit, ce frizează puritatea apriorică. Pe de altă parte, aura de mister a romanelor adolescenţei te pregăteşte subtil pentru suferinţă. Există o teamă anticipativă, amestecată cu o dorinţa refulată de respingere şi rejectare, frica unui eşec afectiv relaţional – ce se programează.

La sfârşitul unei relaţii, nimic nu moare, doar că aspectele pozitive sunt îngropate în favoarea orgoliilor şi a instinctului de răzbunare. Sexul însuşi ajunge un mijloc de răzbunare.

Pe de altă parte, ataşamentul platonic nu există decât la nivel absolut. În real, dragostea matură nu apare decât o dată cu deplina cunoaştere a celuilalt şi nu te poţi plictisi de un partener pe care îl iubeşti, căci trecerea anilor şi modificările fiziologice vârstei nu pot modifica şi sufletul, care rămâne tânăr, antrenat de descoperirea evoluţiei în doi. Cei ce afirmă că la începutul relaţiei aspectele intime erau perfecte, dar s-au deteriorat cu timpul, trebuie să-şi pună, fără riscul ruşinii, întrebarea: *„Eu ştiu, oare, să iubesc?"*. Fiecare iubim ceva, nu poţi trăi altfel, iar în final, în sens psihanalitic, *iubeşti ceea ce vrei să iubeşti*.

O disfuncţie sexual-afectivă, apărută în cuplu, nu poate fi niciodată consecinţa „stingerii" dragostei, ci poate urma după două situaţii:

- fie dragostea nu a existat niciodată, ci a fost doar acel copilăresc *„îl (o) vreau!"*
- fie ea nu a murit, e doar îngropată sub aspectele exterioare sau interioare ale uniunii ascunse dintre ură şi iubire.

Indiferent de decizia rațională de a rupe orice punte de legătură cu amintirile ce sălășluiesc în ascunsul sufletului, dragostea știe cum să-și facă simțite rădăcinile, căci *„dacă Dumnezeu păzește cetatea, în zadar se zbat muritorii"*.

9.5. Minciuna

9.5.1. Protecție?... Gelozie?... Trădare?...

În fiecare din noi există, aparent sub forme cât mai inofensive, ideea „poziției privilegiate" în cuplu. Și, pentru a avea control asupra evenimentelor vieții, trebuie să știi și să cunoști cât mai multe despre partener. Din acest punct de vedere, orice lucru ascuns de celălalt, de multe ori cu scop protector, oricât de minor ar fi, te situează imediat în „deficit informațional".

De aici decurg frustrările însoțite de sentimentul singurătății, izolarea, blocarea comunicării afective, ruperea punților emoționale... *„nu mi-a spus"*,... *„mă crede un copil"*,... *„nu a avut încredere în mine"* – sintagme destule pentru fragilizarea emoțională a unei personalități nehotărâte între „a domina" și „a fi dominată".

Cu atât mai rău se întâmplă lucrurile când unul din parteneri ascunde „o aventură" sau o relație paralelă de mai lungă durată.

Există o întreagă literatură țesută în jurul „celebrelor" cuvinte: ***„m-ai mințit!"***. Oamenii reacționează diferit, iar conotațiile și „auxiliarele" cuvântului „minciună" au o paletă largă de exprimare de la „mda"-ul, cu multe subînțelesuri, la idei întretăiate haotic de tipul: *„mi-a ajuns"*,... *„s-a sfârșit"*,... *„niciodată"*,... *„trădare"*,... *„suicid"*... Undeva, s-a creat o rană ce va lăcrima mereu spre aducere-aminte. *„Eu pot să iert, dar nu pot să uit"* – răsună conștient sau nu în fiecare. Întrebarea firească este: **„în sufletul cui este o rană mai mare?"**.

Suntem obișnuiți să gândim că cel ce minte este rău, cu agresivitate latentă, meschin, poate chiar machiavelic, uzează de subterfugii cu inteligență diabolică, este „lipsit de suflet", inuman, rănește cu bună știință și savurează durerea. Oare minciuna lovește atât de tare încât să îndreptățească o asemenea caracterizare?

Ce-ar fi să privim puțin reversul medaliei? Aproape întotdeauna „a minți" înseamnă o treaptă peste „a ascunde", iar „a ascunde" decurge logic din „am greșit". Gelozia ne prinde, nu de puține ori, în mrejele ei, „sfătuindu-ne" la lucruri de care nu ne credeam capabili: ...*„o (îl) voi urmări"*,... *„trebuie să aflu"*,... *„simt că mă înșală"*... Și toate astea, pentru că vălul iubirii s-a amprentat de ideea posibilei minciuni.

Dragostea adevărată deschide porțile percepției extrasenzoriale, făcându-te permeabil la orice minimă modificare a stării afective a partenerului: *„eu simt că se întâmplă ceva"*. Și cel mai rău lucru care se poate întâmpla este ALTA (ALTUL). Presiunea psihică generată de suspiciune duce la acel *„trebuie să aflu cât mai repede"*, conform ideii *„mai bine sfârșitul groaznic decât groaza fără de sfârșit"*. Este imposibil să-i spui unui suflet rănit și chinuit de incertitudine: *„Așteaptă! Timpul este cel mai bun sfătuitor!"*.

Dar ce se întâmplă în inima celuilalt? Când ascunzi ceva, îngropi în tine anumite sentimente, îți cenzurezi gândurile, devii fricos, sensibil, închis, hiperatent la criticile sau simplele remarci ale partenerului, este acea poziție permanentă „de apărare". Ascunzând relația cu „cealaltă" („celălalt"), cel în cauză își apără de fapt incertitudinea,

nehotărârea, nesiguranța, propriul chin. Minciuna este de fapt un substitut pentru cuvântul drastic: „ALEGE!", un compromis ce se grefează frecvent pe o structură imatură sau labilă emoțional.

Un om care minte, ascunde sau „se ascunde" de explicații este de fapt presat de ideea opțiunii... este neîncrezător în propriul Eu și în propriile decizii, temător de trecut, dar și de viitor. Exprimă de fapt un neputincios în fața sentimentelor, prea slab pentru a da piept cu viața, vrând să prelungească la nesfârșit clipa prezentă. Nu este, oare, aceasta o rană mai mare? Este inutil a-l forța „să mărturisească", deoarece, din păcate, mai devreme sau mai târziu, broderia de minciuni se va rupe sub majora greutate a vinovăției.

9.5.2. Trebuie să aflu adevărul?

Există o lege nescrisă în ceea ce privește relațiile unui cuplu, care, deși e formulată copilărește, este autentică: ***„Dacă trebuie să afli ceva, atunci vei afla cu siguranță și la momentul potrivit!".***

Poate partenerul a avut mai multe legături accidentale, ocazionale sau „în delegație" – cum se mai glumește între prieteni. Este imposibil de elucidat întru totul psihologia masculină și, mai ales, este greu de aflat autenticul motiv – dorința de a experimenta „ceva nou", „nevoile fiziologice", acel termen de argou *„să mai schimbăm și noi"* sau cedarea sub presiunile colegilor: *„ce, ești sub papucul nevestii?".* Bineînțeles că toate acestea dovedesc imaturitate afectivă, dar, atâta timp cât este un moment de descumpănire departe de casă, viața de cuplu poate fi salvată. Dacă cel în cauză conștientizează slăbiciunea avută, pentru care nu este dispus să sacrifice integritatea și valoarea familiei, nimic din firea sa nu se va modifica. În consecință, soția nu va bănui nimic și, poate, nici nu are rost să bănuiască.

De asemenea, este greu de înțeles și complicatul suflet feminin, deoarece și ele „au dreptul", ca și bărbații, la astfel de „întâmplări" ocazionale, dar, pe de altă parte, să nu uităm că *„o femeie nu înșală decât un bărbat pe care îl iubește; pe ceilalți îi părăsește pur și simplu".*

Dacă noua relație este ceva serios, atunci cel în cauză se va schimba. De la banala morocăneală – gen „n-am chef de nimic" – până la apariția unei tulburări sexuale cu soția. Apare o comunicare deformată, alcătuită din paramesaje: uneori încearcă să se poarte excesiv de tandru, fiind pe de-o parte în căutarea dragostei pe care o crede pierdută, pe de alta, pentru că se știe cu conștiința încărcată. În alte situații, îi cere insistent să se schimbe, spre a semăna tot mai mult cu *cealaltă,* sau îi transmite anumite mesaje, pe care ar dori să le spună noii iubite.

Și dacă această transformare a inimii sale este atât de puternică, soția va ști, cu siguranță, că este ceva în neregulă. Când este vorba de o personalitate matură, ceea ce va urma va fi consecința deciziei conștiente și responsabile a fiecăruia dintre ei. Dar, măcar au rămas în urmă clipele frumoase, neumbrite de temeri nejustificate și angoasante, care ar putea fi rodul nevoii inconștiente de suferință. Dragostea are voie să se atenueze, dar autostima și demnitatea – niciodată.

Dramele ce pot apărea la cel ce se simte părăsit vor trena și în următoarea legătură, când, de fapt, în spatele substratului abandonului există autenticul: *„de ce eu?; de ce mie?".* Este vorba de o personalitate narcisică, ce are mereu nevoie de valorizare și apreciere. Acesta ar fi cazul tinerei N. C., de 30 de ani, pentru care

problema majoră nu este soțul, ci **ea însăși**: este o structura dependentă, care luptă totuși împotriva propriei firi, încercând să adune cât mai multe realizări spre a se convinge că este capabilă. Din păcate, când greutățile o depășesc, recunoaște că s-a străduit prea mult și că se simte nesigură. După ce soțul s-a implicat într-o relație cu o altă parteneră, a suferit de la pierderea autostimei până la constituirea unei autentice reacții depresive. Trece cu ușurință în cealaltă extremă, devalorizându-se complet, după ce, anterior, gândea că ea, înzestrată cu toate calitățile, nu putea păți așa ceva.

Oscilarea dovedește ambivalență, perpetuată ulterior divorțului în noua relație – agresivitate dublată de incapacitatea de a renunța. Ea **are nevoie** de noul bărbat, indiferent de calitatea legăturii, spre a uita *afrontul narcisic*. Din acest punct de vedere, unirea efectivă (acuplarea) cu noul partener, o percepe ca fiind, deși fără satisfacție legitimă, ca un zid de apărare de care se izbesc valurile dorinței, asigurându-i astfel un *pașnic adăpost*.

9.5.3. Iubirea intimității sau intimitatea iubirii?

Zilnic, ne gândim cum ar fi dacă am putea găsi noi sensuri ale cuvântului „intimitate". Există, oare, o relație direct proporțională între aceasta și dragoste? Poate ființa, oare, intimitatea fără dragoste? Sau dragostea poate „trona" în afara intimității? Avem de ce ne jena în fața acestui cuvânt? Este adevărată coexistența unei intimități fizice cu una spirituală?

Vom începe prin a gândi sau regândi raportul dintre cunoașterea partenerului și crearea apropierii în cuplu. Pentru a înțelege plenar conotațiile acestui cuvânt, trebuie să-i acceptăm rădăcinile amniotice..., intimitatea absolută, securizantă, idealizată și idolatrizată a protecției materne. Pierdută devreme, va mai putea fi ea regăsită vreodată, transformată, sub greutatea anilor, în legătura cu celălalt?

Cel mai banal sens al acestui termen este întâlnit în sintagma „relație intimă"... „ei au o relație intimă"... Din păcate, ne-am obișnuit să ni se pară peiorativ, să regăsim aici caracterul acuzator al colectivității, mergând până la aspecte absurde de genul „notelor de degradare morală" pe care le-ar conține intimitatea.

Dar să depășim această concepție nedemnă de societatea zilelor noastre și să încercăm să explicităm tendințele cuplurilor moderne de a înțelege intimitatea. Iubirea absolută presupune eliminarea granițelor și desființarea zonelor de penumbră. Din păcate, acest deziderat a fost înțeles greșit. Ideea „cuplului monden" și a „libertății" partenerului nu numai că a căpătat deformări ridicole, dar a și întinat aria intimității cu exemple de tipul: *EL... își înșală partenera („context de situații"... „necesitate de afaceri"...), după care îi povestește „cuminte" tot ce s-a întâmplat, cu scopul reclădirii relației pe baze „mai solide", în virtutea unei sincerității prost înțelese. EA... începe ca din greșeală o relație cu un altul, mai în vârstă, cu situație socială... iar după câteva luni, chinuită de dezolarea propriei decăderi, cere „sprijinul" bărbatului, mărturisindu-i-se spre a obține înțelegere și iertare.* Astfel de personalități își poartă povara imaturității sau a fragilității, amprentate de mirajele perioadei de tranziție. Aici, sinceritatea este o construcție șubredă, în care dorința ca soțul să fie și partener, și confident amintește de copilărie.

Dacă punem semnul echivalenței între depistarea misterelor inconștientului celuilalt și intimitatea cu acesta, ne situăm într-o iluzie. Tot așa cum este o himeră „vânătoarea" în scopul de a-ți cunoaște cât mai bine partenerul. Intimitatea nu se

câştigă nici măcar cu arma inteligenţei. Ea este mai mult oferită decât „smulsă", mai mult primită decât „furată".

Numai comunicarea autentică şi asociaţia liberă a fantasmelor erotice împlineşte deziderattul rezonanţei empatice, întregind intimitatea.

Situaţiile în care i se cere celuilalt să-şi mărturisească visele, dorinţele uitate, satisfacţiile copilăriei sau complexele adolescenţei contribuie doar aparent la creşterea apropierii. Prin desfiinţarea barierelor mentale se doreşte alăturarea concretă. În unele relaţii, în care funcţionează patternuri inconştiente incestuoase, se merge până la a-i povesti partenerei (-ului) aspecte particulare ale apropierii fizice din relaţiile anterioare sau paralele. Este vorba de manipularea şi specularea aspectelor patologice ale celuilalt pe linie sado-masochistă. Dacă nu abdicăm de la morală şi bun-simţ, greşim, oare, numind aceasta *obscenitate* ?

Mergând pe aceeaşi linie, în încercarea de analiză a corelatelor intimităţii, ne vom referi, deşi cu nuanţe ilare, la un concept care actualmente place foarte mult: *democraţie.* Dacă o dorim în politică, în viaţa socială şi ierarhia socială de la serviciu, de ce nu am instaura-o şi în familie?

Găsim cupluri de vârstă medie, „plictisite" de contactele pe care le resimt ca o stavilă (pierdere de timp în realizarea plenară pe plan profesional sau material), dar care vorbesc „sfătuitor" şi atotştiutor despre libertatea celuilalt, participarea egală la luarea deciziilor şi păstrarea independenţei de opinie... *a nu transforma* sau *a nu te transforma* după partener. Şi toate astea, reunite sub conceptul modern al democraţiei. Totul este perfect, ca în teorie, de altfel. Dar atunci, unde este şi cum rămâne cu intimitatea?

Din păcate, dacă nu experimentezi, cunoaşterea celuilalt devine... un FALS TRATAT DE VÂNĂTOARE.

9.5.4. „*Iartă-mă*" – în numele imaturităţii

„Judecat cu rigoare, nu poate exista PĂCAT decât printr-o raportare greşită a sufletului la senzaţie şi nicidecum păcat care să-şi aibă începutul în sine însuşi".

Este interesant de analizat în cadrul relaţiilor de cuplu acel ***„m-ai înşelat"***, pornind de la suicidul Annei Karenina şi terminând cu laitmotivul lui Minulescu: „Te voi ierta/E vechi păcatul/Şi nu eşti prima vinovată". Din tot ce înseamnă ***trădare*** în cuplu, ne vom opri asupra aspectului particular pe care îl constituie înţelegerea deformată a ceea ce reprezintă COMUNICAREA.

În forma ei **matură,** aceasta se întinde până la fuziunea mutuală şi nu se transformă în persuadarea celuilalt. În schimb, o **personalitate imatură** pierde graniţa dintre analiza problemelor de cuplu şi transformarea celuilalt într-un „ascultător fidel" sau într-un fel de „înger păzitor". O astfel de structură poate îmbrăca diferite aspecte: de la *dependenţă* până la *o personalitate de tip Don Juan,* cu tendinţe subsidiare histrionice sau narcisice. Astfel, fie datorită psihicului său, fie datorită unor cauze „externe" (care de fapt sunt rezultanta factorilor interni), cel în cauză poate ajunge la ceea ce în limbaj comun numim „a-şi înşela partenerul". Pentru cel dependent, gestul simbolizează nevoia permanenţei altcuiva. Este un mod deformat şi care respectă tipul

de reacție al copilului, de revoltă asupra sieși. Încercarea este nereușită, iar sentimentele de vinovăție se însoțesc cu tulburări afective majore și chiar cu suferințe somatice.

Ca o ultimă încercare de a-și rezolva noua problemă, se destăinuie partenerului. Acesta poate înțelege și el greșit ideea comunicării în cuplu, ajungând să creadă că este vorba de o „încredere" ce i se acorda. Dacă și la nivelul propriei structuri există o cât de mică oscilare în asumarea rolului, dependența, sub forma falsei încrederi, ia locul autenticei iubiri, prin identificarea cu „sfătuitorul", din încercarea de a repara drama interioară a unui abandon afectiv.

„Greșeala" este frecvent „iertată". Sunt invocate tot felul de „circumstanțe atenuante", rutini, *„s-au mai văzut cazuri"*, cei doi dorind să se convingă asupra faptului că au depășit cu maturitate acest impas. Cert, este una din „încercările" prin care trece un cuplu, dar de cele mai multe ori hotărârea de a merge mai departe se ia pe motivații neconștientizate de dependență și nevoie de dependență. „Plata" este o tulburare a sexualității normale. Efectele sunt mai puțin grave pentru cel ce a jucat în „dubla legatură", căci personalitatea sa imatură îl face să considere că, dacă cere insistent iertare, trebuie să fie iertat. Comportamentul său infantil este de tipul *„celălalt trebuie să-mi satisfacă toate dorințele și, dacă vreau să uite, trebuie să uite"*. Din păcate, în aceste cazuri se contrazice legea *„uitarea este un fenomen general uman"* și ca urmare, inhibarea sexual-afectivă a celuilalt traduce de fapt acel ***„pot să iert, dar nu pot să uit"***.

Pentru exemplificare, luăm cazul lui A. C., 27 de ani, căsătorită de patru ani. Încercând să-și facă un bilanț, a ajuns la concluzia că *„ceva nu merge"*, că nu este fericită. Dar, în același timp, structura ei de personalitate dependentă o făcea să nu se poată gândi la un divorț. La aceasta s-a adăugat și concepția populară: *„o femeie deșteaptă nu părăsește niciodată un bărbat până nu-și găsește un altul"* (sintagma exprimând, de fapt, pe ocolite, ideea eternă a subordonării „sexului slab").

Într-un moment de supărare, s-a hotărât pentru o relație cu un nou partener. Nu era, în nici un caz, dorința de a experimenta pur și simplu, ci o încercare de a se elibera de „subjugarea" emoțională față de soț. Actul sexual „accidental" reprezintă răzbunarea, dar nu o răzbunare pe soț pentru „toate câte îi făcuse", ci pe ea însăși, care, în ciuda deciziei conștiente, nu era în stare să renunțe la el. Este discutabil dacă bărbatul era în realitate „personajul rău" sau dacă strucura ei dificilă percepea doar greșelile acestuia, spre a găsi în permanență un motiv de suferință.

Tentativa „de a se rupe" a fost nereușită. Anxietatea de autoculpă ce a urmat a fost atât de puternică încât a făcut-o să-i mărturisească. Soțul a reacționat în mod paradoxal: a afișat aura imparțialității, încercând s-o ajute „să-și conștientizeze" cauza pentru care l-a trădat.

Angoasa a dispărut ca prin minune, urmându-i laitmotivul *„M-ai iertat! Nu-i așa că m-ai iertat?! Eu sunt mică și nu știam ce fac"*. În perioada imediat următoare au existat momente de acalmie. După un timp însă, incompatibilitatea dintre rolul de soț și acela de confident i-au indus acestuia frecvente tulburări de dinamică sexuală, partenera considerându-se total nevinovată.

În analiza unui asemenea cuplu, accentul nu trebuie pus în principal pe distorsionarea comunicării, ci pe structura de personalitate a celor ce au indus-o.

9.6. Copilăria la răscruce – real și fantasmatic

„Dragostea înseamnă acceptarea, nu schimbarea personalității celuilalt".

Atunci când ajungem la vârsta primei iubiri, fiecare încearcă, întâi din copilărie, apoi frizând cochetăria, să-și găsească un fel propriu de a se exprima, de a fi un EU care, la adolescență trebuie *să cucerească* sau *să se lase cucerit*. Sunt niște mecanisme latente, ce acționează ca de la sine, învățându-te cum trebuie să te miști, să vorbești, să-ți îndrepți șuvița de păr, când trebuie să râzi, să plângi, să minți puțin, unde și cât să accepți – ca să placi celuilalt. Este felul propriu, șarmul sau farmecul personal, care poate stârni admirația sau chiar mirarea celor din jur. Celălalt se va îndrăgosti pentru toate la un loc.

Departe de a fi un simplu stil comportamental, aspirații latente se îndreaptă spre un mod de a fi: o tânără, pentru a plăcea, poate fi „fetița plângăreață și mofturoasă" sau „mama" care trebuie să aibă grijă și să-l ocrotească pe celălalt. Un bărbat poate fi atotștiutor, jucându-se „de-a conducătorul" sau poate fi „băiețelul nefericit", căruia nimeni nu i-a îndeplinit niciodată dorințele (după I. Mitrofan și N. Mitrofan, 1994). Dincolo de fiecare rol în parte, după cum am mai spus, departe de a fi o simplă mască, transpun nevoi nesatisfăcute, fiind o încercare iluzorie de „A REUȘI". Acest fel de a fi, conform principiului similitudinii sau complementarității (depinde de matricea inconștientă a fiecăruia), intervine decisiv în alegerea partenerului: este primul lucru care te atrage la celălalt; deși superficial, are rădăcini de necontestat.

Din această cauză, în planul sexualității, fiecare va avea același comportament. Fetița mofturoasă va fi tot timpul nemulțumită de partener, va cere și va refuza pe rând, sub diverse motive, ceea ce a avut anterior, jucându-se de-a *„lasă-mă și vino-ncoace"*. Băiatul nefericit va aștepta cuminte provocarea, pentru ca apoi să oscileze între fericirea faptului că a fost ales și golul lăsat de amintirea copilăriei cu rolul său de conducător.

Atât timp cât la nivel sexual aceste roluri funcționează perfect, cei doi evoluează, chiar dacă punctele fixațiilor infantile sunt evidente. Exista un echilibru dat de acceptarea mutuală a problemelor celuilalt.

Atunci când în numele iubirii sau al plictiselii, unul dintre parteneri consideră normal să-i ceară celuilalt să se schimbe, echilibrul s-a rupt: *„m-am plictisit de felul tău de-a fi!", „ce ești tot timpul așa miorlăită?"*. Spre a-și apăra amintirile refulate, se stârnește o puternică reacție de rezistență. Pasul imediat următor este clacarea în domeniul sexual, indiferent de viața anterioară a cuplului. Cel ce s-a săturat să suporte ambivalența, reproșurile sau nesiguranța (acestea fiind, de fapt, elementele care l-au atras la început) se află în situația de a schimba un fetiș în antifetiș.

Dorința de modelare a partenerului poate fi sugerată discret, sub aspectul *„este spre binele tău", „trebuie să ne maturizăm"* sau direct – motoul fiind obișnuința, plictiseala sau apariția **altcuiva** – sub aspectul brutal *„m-am săturat"*. În sufletul celuilalt, incendiul emoțional stârnit de critica percepută ca o respingere simbolică îi *redeschide prăpastia imaturității*.

Exemplu: E. C. și C. C. sunt căsătoriți de cinci ani (ea are 27 de ani, iar el – 31). De când s-au „luat", mai exact de când s-au cunoscut, „funcțiile" în cuplu au fost „împărțite".

Ea: introvertă, cu multă circumspecție, se consideră de la 17 ani mult mai „mare", cerebrală, autosuficientă, asumându-și generozitatea și modestia familiei de origine. Totuși, docilă și, paradoxal, inclinată spre deziluzie și tristețe, în ciuda supracompensării din viața reală – o femeie pe deplin împlinită profesional.

El: rolul „puiului" răsfățat de bunici, care i-au oferit chiar mai mult decât și-a dorit. La 31 de ani se consideră imatur, simte că nu ar putea suporta responsabilitatea „apariției copiilor" și nici chiar a propriei familii, dacă nu l-ar ajuta părinții.

Tulburarea sexual-afectivă a apărut în cuplu o dată cu moartea tatălui său. Consecutiv acestei suferințe interioare, a simțit că „trebuie să crească", dar refuzând să înțeleagă că problema schimbării stă în sine însuși, o face responsabilă pe soție pentru *„felul ei de-a fi"*, care *„îi înăbușă personalitatea"*. Crezându-se dominat, nu-și mai poate exercita rolul conjugal. Alături de reacțiile și atitudinea de adolescent nonconformist, corelată cu teama că nu poate fi maleabil, **cere** cu disperare *schimbarea partenerei*.

Această nevoie de transformare apărută subit sub presiunea *travaliului de doliu* este alimentată de dorințe nesatisfăcute din copilărie, care proiectate la această vârstă, apar ca imperioase, când de fapt se întrevede clar aura fantasmelor.

9.7. Autoritatea – o cale de evoluție?

Există situații în care cauzalitatea autentică a neînțelegerilor familiale este atât de încorsetată în substituții inconștiente, încât cel în cauză, mai ales în virtutea unor „jocuri" ce amintesc de fixațiile infantile, nu se plânge de starea lui psihică. El rupe această problemă de restul dinamicii intrapsihice și, fie că o accentuează, fie că o diminuează prin raționalizări conștiente, are tendința de a-și compartimenta propria viață în speranța de a-și găsi alte puncte de echilibru.

Ca exemplu putem da soția autoritară, care de fapt nu-și acceptă autenticul rol de soție, ci doar pe acela de autoritară.

În planul intimității, ea suferă adânc de frigiditate, prezentând un comportament erotico-afectiv limitat. Soțul, cu o structură de personalitate total imatură, joacă parțial rolul unui Don Juan, fiind în permanentă căutare a unei noi partenere, dar în cazul unui eșec, el se întoarce și îi povestește tot ce i-a făcut această nouă femeie, apărută în viața sa – cum i-a cheltuit banii, cum l-a dezamăgit și cum *„tu, mami, ești singura care mă înțelegi"*. Soția, având la bază o puternică neacceptare a rolului feminin, „se unește" cu acesta împotriva „nenorocitei" care l-a supărat. Ea își accentuează autoritatea, în timp ce el ia rolul copilului care a greșit, căci *„s-a înhăitat cu cine nu trebuia"*, urmând să lase totul în mâinile „mamei", care sigur va rezolva situația.

Structura dominatoare a soției-mamă îi inhibă bărbatului rolul de inițiator. El nu va intui niciodată că în spatele acestei structuri hiperautoritare se ascunde drama incapacității de a fi femeie, corelată cu o „anestezie" emoțională, la o persoană ce nu-și conștientizează adevărata amplitudine a problemelor sale.

În lipsa satisfacției sexual-emoționale, tot ce îi rămâne acesteia este plăcerea de a se răzbuna pe celelalte femei „autentice", punându-și mintea la contribuție spre a găsi cele mai năstrușnice „pedepse". Ea nu se revoltă pe noua parteneră pentru că este cealaltă femeie (din viața lui), ci pentru că este femeie. Hipertrofiindu-și rolul de

soție, îi substituie acestuia un rol compensator de „mamă", jucând întocmai duplicitatea și acoperirea greșelilor copilului, risipindu-și indulgența și „hiperprotecția needucativă".

Pe de altă parte, soțul nu se va simți împlinit nici cu noua parteneră, datorită dependenței decizionale și nesiguranței generate de structura sa de personalitate. Iarăși învins, se întoarce la „mamă" spre a se răzbuna pe FEMEIE, pentru incapacitatea sa de a fi masculin, căci, rezumând, se teme de femeie.

Un alt tip de cuplu, în care distorsiunile în comunicare sunt evidente, poate fi schițat astfel: soțul excesiv de tandru, de îngăduitor, sensibil la orice dorință a partenerei, făcând toate treburile casnice plus cele de serviciu, ca ea „nu care cumva să ducă lipsă de ceva"; bărbatul căruia niciodată nu i-a trecut prin minte să-și înșele partenera. Aceasta este rece, rea, distantă, neinteresată de problemele familiei, cu pretenții exagerate în raport cu realele posibilități ale celor doi. Deși departe de problemele veridice ale căsniciei și de ceea ce înseamnă o evoluție, ea tinde să centralizeze puterea de decizie și control, caracterizându-se prin acel „a cere" de la propria viață de cuplu anihilarea participării celuilalt.

În plan exterior comportamental, descrierea făcută este aceea a unui soț model, a tot ce și-ar putea dori o femeie de la partenerul ei, dar această fugă excesivă în exercitarea rolului conjugal masculin ascunde dependență și insecuritate în raport cu soția, imaturitate (atâta timp cât nu protestează niciodată), un Eu amputat, deformat și minimalizat. Dorința ardentă de a se contopi cu imaginea bărbatului ideal ascunde, încercând să compenseze, drama imposibilității unei relații normale.

Dacă totuși reușește să se elibereze din „capcana unicei iubiri", cu noua parteneră își va schimba complet rolul: *„tu, dacă greșești, vei plăti și pentru cealaltă!"*. Această gândire exprimă nevoia ce a existat întotdeauna, deși latentă, de răzbunare, căci „orice greșeală se pedepsește".

9.8. Eu-l conjugal – Eu-l profesional

Una din cauzele frecvent întâlnite ce pot perturba comunicarea în cadrul cuplului este preluarea deficitară a sex-rolului sau non-acceptarea modului în care celălalt și-l asumă. De exemplu, arhetipul feminin la care partenera se raliază în cadrul nucleului ei familial nu corespunde așteptărilor profunde ale celuilalt. „Cauza profesională", servită cu solicitudine de aceasta, îl seduce și îl orbește pentru un timp, datorită personalității strălucitoare a tovarășei sale, însă, de cele mai multe ori, neînțelegerile apar atunci când bărbatul nu găsește în parteneră nici SOȚIA, nici MAMA, ci numai o RIVALĂ. Când cea în cauză înțelege că a greșit, de obicei este prea târziu și este vorba nu de o dorință autentică de a fuziona cu soțul, ci de o renunțare autistă la satisfacțiile visate și identificarea forțată – aderarea deficitară la imaginea nevestei tradiționale.

Încercarea este nereușită și nu constituie o rezolvare de profunzime, deoarece o astfel de femeie este prea legată de „Eu-l ei profesional", ca să-i poată substitui dintr-o dată un „Eu conjugal", pe care nu l-a cultivat niciodată și care, deficient *confecționat,* corelează înalt cu nepăsarea, indiferența față de ceea ce ar putea fi o plăcere pentru celălalt, cu minimalizarea afecțiunii și satisfacției partenerului, cu platitudinea afectivă față de rugămințile acestuia, neînțelegerea dorințelor și lipsa inițiativei, comunicarea doar „către" și nu „cu" acesta. Toate produc tulburări profunde în psihismul celuilalt, fiind un obstacol care impiedică elucidarea dificultăților relaționale.

Dezvoltarea unui „Eu conjugal“ la nivelul unei personalităţi pare tot atât de necesară pentru armonia cuplului, ca şi „Eu-l social“ pentru înfruntarea luptelor profesionale sau „Eu-l psihic“ pentru împrăştierea iluziilor omnipotenţei infantile. Acest „Eu conjugal“ este asumarea sex-rolului necesar pentru ca viaţa, în intimitatea de cuplu, să se desfăşoare egalitar, de la Eu autentic la Eu autentic, evitând aspectele dominatoare sau sado-masochiste. Când se simte dezechilibrul, ca urmare a dominării unuia dintre parteneri sau a imaturităţii celuilalt, conflictul conjugal se transpune în plan somatic, fiind regăsit fidel în sfera sexualităţii.

Exemplu: K. F., 35 de ani, cercetătoare în domeniul fizicii atomice, măritată de trei ani. Este o persoană care până la vârsta căsătoriei a avut doar relaţii superficiale, şi, chiar dacă au inclus viaţa sexuală, nu s-au împlinit din punct de vedere afectiv.

Tot ce a supraevaluat a fost realizarea profesională, căreia i s-a dedicat întru totul. A dorit sincer nunta, pentru a avea copii şi familie (are o fetiţă de doi ani), dar nu a ştiut niciodată ce înseamnă în realitate rolul conjugal. Îşi iubeşte soţul, dar percepe în mod unidirecţional legătura cu acesta. Conştient şi-a ales un bărbat, nu neapărat inferior din punct de vedere al valorii personale, dar fără dorinţa de a reuşi *cu orice preţ* – un om care este bine apreciat la serviciu, dar fără o posibilitate spectaculoasă de avansare şi fără o muncă de răspundere. Singura comunicare pe care ea o „instituie“ este prezentarea propriilor probleme legate de promovări, congrese şi susţinerea tezei de doctorat; nu are grija micuţei care este la bunici.

Soţul se simte din ce în ce mai complexat de puternicul Eu profesional al partenerei, gândind ca „nu mai are nimic de spus în cuplu“, mergând până într-acolo încât să-i fie teamă ca nu care cumva să se facă de râs. Pe măsura trecerii timpului, a reieşit că „nu se mai poate apropia de ea“. Au urmat lungi zile în care s-a simţit dezamăgit, abătut şi mai ales *neîmplinit*, percepând-o ca „într-un turn de fildeş“, la care nu poate ajunge.

Clipele de tăcere au determinat-o să-şi modifice atitudinea: a devenit mai tandră, preocupată de dificultăţile de serviciu ale soţului, de casă, de a petrece mai mult timp împreună, dar dincolo de aceste aspecte se putea sesiza ceva *superficial, neadevărat* – problema fiind de fapt că el nu şi-o putea imagina altfel decât exercitându-şi rolul profesional şi, oricâte strădanii şi-ar fi dat, o vedea incompatibilă cu imaginea unei simple neveste.

De fapt, prin structura sa de personalitate, bărbatul avea nevoie să iubească ceva la care să nu poată accede. Atunci când femeia „a coborât în real“, senzaţia de a o vedea inautentică încerca să mascheze ideea că aşa (în simplul rol conjugal) nu o mai poate iubi.

9.9. Vreau să fiu părinte, dar...

Tulburări ale echilibrului sexual-afectiv al unui cuplu pot apărea atunci când unul dintre parteneri află, în urma unui consult medical, că este steril. Drama conştientă a acestuia este atât de mare, încât ne face să considerăm obiectivă perturbarea liniştii căminului. Deşi cauzalitatea fiziologică dintre sterilitate şi tulburarea dinamicii sexuale este cert infirmată, în practică totuşi întâlnim această corelaţie. Intervin aici mai multe aspecte:

- pe de-o parte, sunt sentimentele de vinovăţie faţă de partener; acestea izvorăsc din incompletitudinea ca fiinţă, dar şi din convingerea de a-l fi dezamăgit pe

celălalt. În subsidiar, funcționează teama de a nu fi părăsit, frică parțial justificată, parțial grefată pe o structură narcisică, ce transformă realitatea obiectivă: *„mă părăsește nu pentru că nu pot avea copii, ci pentru că sunt incomplet (ă)".*

- pe de altă parte, există disperarea de a fi imperfect în raport inclusiv cu sine însuși, dublată de dezamăgirea legată de faptul că schema constituită încă din copilărie despre „cum voi fi când voi fi părinte" nu va prinde niciodată contur.

Fazele de doliu parcurse vizavi de această pierdere evidențiază culpabilitate trăită conștient. Rădăcinile fiind însă adânci, tulburările emoționale nu se vor remite atâta vreme cât nu va fi găsit un substitut care să exprime, în aceeași măsură, plenitudinea bucuriei parentalității. Disfuncția sexual-afectivă este o pedeapsă pe care cel în cauză și-o aplică inconștient, în subsidiar existând ideea că funcția majoră a sexualității este procrearea, în lipsa acestei finalități neputându-se trăi împlinirea.

Experiența comună de viață a unui cuplu este un sprijin și totodată un punct de plecare spre găsirea satisfacțiilor adiacente în realizările profesionale sau în adopția unui copil, căci rolul parental se învață și se dezvoltă și nimic nu poate fi mai trainic decât a te dărui celor care au nevoie de tine.

9.10. Traume imemoriale – influențe în viața de cuplu

9.10.1. *„Bărbatul imatur"* sau *„Artistul veșnic tânăr"*

Este greu de înțeles cum o căsătorie făcută la vârste fragede, sub imboldul forței pulsionale a tinereții, nu rezistă întotdeauna **probei timpului**. Cauza trebuie căutată în profunzime, nu în acele greșeli inerente vieții în doi. Ea se poate situa în traume uitate, în lipsa unei relații sufletești puternice, *căsătoria* sau *capriciul negândit al unor „legături paralele"* putând fi explicate ca reminiscențe ale unor adânci „defecte" afective.

***Exemplu**: G. S., 33 de ani, doi copii, artist plastic.*

S-a căsătorit imediat după terminarea liceului cu prietena sa din anii adolescenței. Deși cu o motivație de tip infantil – împlinirea voinței părinților, reușește la admiterea în Institutul Superior de Desen și Arte Plastice, în timp ce soția, intrinsec îndreptată spre acest scop, are un eșec. Nu a putut să-și explice niciodată de ce dorea să-i ofere căsătoria drept *„recompensă".*

Tatăl a fost indiferent față de dorința băiatului de a-și întemeia o familie, subiectul prezentându-l *„aproape absent"* la tot ce s-a petrecut în viața sa. L-a perceput ca pe o personalitate slabă, simțindu-se frustrat de lipsa modelului părintesc autoritar. Până la 5 ani a locuit cu bunicul, recunoscând în repetate rânduri că l-a iubit foarte mult (**nevoia de identificare cu imaginea paternă** spunându-și cuvântul), deși a îndurat trauma lipsei materne. Mama a fost categoric împotriva căsătoriei, ascunzându-i certificatul de naștere, fapt ce i-a provocat suferință, deoarece era *„un lucru ce amintea de copilărie"*, făcându-l *„controlat"* și *„sub tutelă".* A afirmat mereu regretul că el și mama *„nu s-au putut cunoaște mai bine atunci"*, căci ulterior *„totul a fost altfel și nu a*

mai existat timp". Afirmaţiile exprimă percepţia subiectivă a schimbărilor afective, dar şi durerea dispariţiei „vârstei de aur a umanităţii". Veşnicele minciuni de tipul *„rămâi la mama"*, cu care bunicul finaliza vizitele de duminica, îi provocau reacţii vegetative ce exprimau trăirea depresiei, chiar şi pentru un copil de 4 ani. Tatăl a fost în permanenţă dezinteresat de activităţile acestuia. În jurul vârstei de 5 ani, când s-a mutat cu părinţii, la început s-a străduit pentru a plăcea, a-i stârni admiraţia şi a-l seduce. Nereuşita îi determină amintiri-ecran ce se opresc la dezinteresul faţă de persoana acestuia.

Căsătoria s-a făcut împotriva voinţei tuturor (*„ne-am dus acolo singuri, ca doi cuci")*. Se credea puternic, „masculin", inconştient agresiv, incluzând puţin şi o atitudine narcisică. Ulterior, relaţiile cu părinţii şi, mai ales, cu mama s-au restabilit, dar au rămas pentru totdeauna reci şi protocolare. Pentru soţie au urmat alte trei examene de admitere nereuşite. În final, a renunţat la acest vis şi „s-a închis în sine", refuzând să practice o altă meserie. Comportamentul imatur şi schizoid îi este întreţinut de părinţii stabiliţi în Germania, ce-i pot asigura o sursă de venit. Se dedică numai creşterii celor două fetiţe, în prezent de 11, respectiv 8 ani, „având grijă" să-i interzică soţului orice i-ar putea aminti de domeniul artei.

Cu timpul, cel în cauză îşi accentuează vinovăţia legată de reuşita profesională, corolar cu apariţia în relaţiile intime a scăderii dorinţei de apropiere fizică, ulterior mari dificultăţi în menţinerea erecţiei. Din întâmplare, a cunoscut-o pe I. L., cu care a început o legătură din ce în ce mai strânsă. Din start a fost hotărât că nu va divorţa, dar s-a gândit că implicarea afectivă şi noile sentimente l-ar putea ajuta o perioadă de timp ca satisfacţia spirituală şi sexuală să fie la nivelul expectat. Nu a ştiut niciodată care este „poziţia" soţiei, ea purtându-se „ca de gheaţă", fără a încerca să se facă înţeleasă. Nu o interesa nimic din conduita lui, nici măcar posibilitatea existenţei unei „duble legături". În loc să-l liniştească, lipsa reproşurilor îi stârneşte curiozitatea pentru felul ei de a fi, motiv pentru care dificultăţile în cuplu reapar cu noua parteneră, deşi aceasta are o structură maternă, fiind grijulie şi foarte atentă la orice aspect particular pe care el şi l-ar putea imagina. În acest context, „noua" tulburare de dinamică sexuală îi induce puternice stări depresive.

Cu toată indiferenţa soţiei, trăieşte o acută stare de conflict motivaţional, durându-l inclusiv necunoaşterea impresiei produsă fetiţelor – pe care le iubeşte, dar faţă de care are un rol vag conturat – uneori de *„frate mai mare"*, alteori de *„jucărie cuminte"*.

Descrierea cazului

În prim-plan se conturează trăsături ezitante, incertitudine şi nesiguranţă, preocupare maternă, ataşament puternic şi aderenţă la trecut. Pendulează între nevoia de contact şi atitudinea defensivă, prudenţă ce merge până la îndărătnicie şi pudoare. Indecizia este dublată de deprimare şi de o anumită disoluţie, o labilitate nervoasă de fond. Traumatismul suferit la 19 ani este central în relaţia cu sine şi se bazează pe o fixaţie mai veche, ce exprimă probleme legate de identificarea cu tatăl, absent emoţional. Lipsa unui Eu puternic creează confuzii în comunicarea cu semenii, tendinţă la nefinalizare. „Dezordinea" interioară dovedeşte sensibilitate, nerăbdare, lipsa concentrării, dispersie în plan motivaţional, introversie, reflexivitate şi înclinaţie spre meditativ. Egocentrismul agresiv, de tip infantil, coexistă cu necesitatea crescută pentru tandreţea fizică şi senzuală. Teama de acţiune se datorează unui blocaj, aşteptarea şi ambiguitatea generând anxietate. Testele proiective relevă reflexul morţii (după Kretschmer) şi o cenzură morală severă. Avem în faţa un tip inhibat, în viitor cu posibile fobii. Prezintă un comportament încordat, cu adaptare impersonală. Un Eu

adolescentin, ce refulează tendințele pulsionare, fiind incapabil de a-și forma idealul. Angoasa este raportată la pierderea anturajului actual, aderența nevrotică pe fond incestuos fiind dictată de trebuința securității.

Interpretare

Se profilează o structură imatur histrionică, cu elemente impulsive – proprie unei personalități artistice, în funcție de care putem constitui următoarea matrice de analiza ($h_0hy_0m_0$).

✔ Complexul oedipian nerezolvat se întrezărește pentru prima dată sub forma temerii (în adolescență) de a nu-și înșela mama, gest posibil datorită lipsei unei forțe fizice și morale a tatălui, „capabilă" să suporte violența inconștientă a băiatului. Acestuia i s-a creat *așteptarea unei pedepse* din culpabilitate. Vinovăția resimțită la 19 ani prin „trădarea" mamei, reproduce de fapt schema infantilă a nevoii de pedeapsă. Pe de altă parte, o asemenea imagine „slabă", „prea blândă" a tatălui îngreunează unui băiat posibilitatea de a deveni foarte viril (F. Dolto, 1993).

✔ Urmează o încercare de rezolvare: căsătoria împotriva voinței părinților este, de fapt, o apărare, dar în același timp transferă asupra soției reacțiile afective experimentate față de mamă. Complexul oedipian nu a fost rezolvat înainte de intrarea în perioada de latență. Cel în cauză a fost nevoit să „semneze un armistițiu" cu complexul de castrare, care la pubertate și-a reluat rolul castrator (F. Dolto). Căsătoria făcută în acest mod, sub influența acelui *„voiam să mă însor **atunci** și **cu orice preț**"*, exprimă tentativa de a se elibera de acest complex.

✔ În momentul în care reușește profesional, vinovăția exprimă intervenția unui nou transfer: *„îmi complexez soția"*, repetând schema infantilă *„o pedepsesc pe mama, deși o iubesc"*. În viața de cuplu, acest moment coincide cu apariția disfuncției sexuale. Astfel, succesele, deși legitime, sunt considerate drept sursa de stres, iar Supra-Eu-l reacționează în consecință. Sublimarea libidoului se face în activitățile artistice plăcute tatălui, în imitarea comportamentului lui, în ciuda imaginii paterne slab conturată afectiv. Atitudinea ilustrează un complex oedipian tardiv și latent, compatibil cu viața socială în forma sa actuală și însoțit în inconștient de o destul de puternică inhibiție a violenței. Dacă agresivitatea băiatului ar fi triumfat în planul conștientului, acesta nu s-ar mai fi putut identifica cu tatăl. Or, copilul a avut nevoie să-l investească pasiv, căci dorința completă nu era doar de a-și înlocui tatăl, ci și de **a-i semăna** (după F. Dolto). Culpabilitatea în raport cu realizările este un fel de urmă a complexului de castrare și reproduce inferioritatea copilului față de adulți, fiind complementară forței magice atribuită acestora.

✔ Reacția soției este de rejectare (și nu de mândrie, cum și-ar fi dorit-o fantasmatic!). El o percepe similară celei a mamei, întrezărind proiecția unui abandon ce-i crește vinovăția și sentimentul ambivalenței. Este știut cum coloratura emoțiilor de mai târziu depinde de relația cu figura maternă. Purtarea față de soție simbolizează încercarea de a-i cuceri afecțiunea admirativă, dar mijloacele sunt agresive, cu obiectivul inconștient de a-și afirma sexualitatea (în aceeași manieră în care a așteptat zadarnic iubirea mamei pentru faptul că e băiat).

✔ Situația de conflict motivațional se manifestă sub două aspecte:

➤ *„mă simt rejectat"* și

➤ *o supăr pe mamă / soție că exist".*

Experimentarea rezolvării problemelor afective și de ieșire din cercul vicios se concretizează în relația cu cealaltă parteneră, în care caută **femeia**, dar se simte

vinovat față de mamă. Această nouă culpabilitate îl face să nu se manifeste autentic în legătura empatică prezentă (nici din punct de vedere emoțional, nici în plan sexual), reactualizând defectuoasele contacte interpersonale anterioare.

9.10.2. *„Fetița cuminte".* Imaginea tatălui – între moralitate, afecțiune și idealizare

Fără să ne dăm seama, copilăria, cu modelul diadei parentale, ne jalonează existența prin oferirea matricei în care se va exprima propria viață de cuplu. Imaginea tatălui, ca substitut al **autorității**, poate fi interiorizată firesc, sub aspectul unui puternic sentiment al moralității, *sau* poate împiedica trăirea matură a împlinirii sexuale și emoționale. Din această ultimă perspectivă, relevant este cazul unei tinere care, „chinuită" de absența afecțiunii paterne, a rămas într-o permanentă ***așteptare***, incapabilă să modifice evenimentele lumii exterioare, până când soțul – substitut al unui ***tată ideal*** – a venit în ajutor „trezind-o pe Frumoasa din Pădurea Adormită".

Exemplu: N. J., 42 de ani, asistentă medicală, căsătorită, un copil.

Relațiile cu părinții

A ținut foarte mult la **tată** *(„Era un bărbat frumos și sociabil, se țineau femeile după el; ne asemănăm"),* deși îl descrie ca fiind extrem de sever, obsedat de faptul că fetele lui și-ar putea pierde virginitatea, momente în care devenea dominat de un vocabular vulgar, față de care tinerele încercau o adevărată repulsie. Relația cu **mama** a fost rece *(„Afectiv, eu n-am simțit-o niciodată"),* ceea ce a făcut ca, inclusiv la pubertate, tatăl să fie cel care să le prezinte aspectele vieții intime. A interpretat ignoranța mamei ca pe suprema jignire *(„Tata s-a gândit mai mult la mine; el a avut afecțiune față de noi, dar în felul lui").* Lipsa de autentică protecție și căldură sufletească a făcut-o să se situeze în permanență în poziția de „concurentă" a tatălui pentru mângâierile și dragostea mamei, acuzând-o pe aceasta că *„a ținut mai mult la bărbat, decât la copii"*, rivalitate perpetuată ulterior în relația cu sora, *„mama atașându-se mai mult de copiii acesteia".* Drama primilor ani de viață a fost marcată de neînțelegerea legăturii emoționale a mamei față de soț, privită din perspectiva violențelor verbale și fizice sesizate cu ușurință în familie.

La 6–7 ani, părinții au decis divorțul, situație în care s-a perceput ca un „obiect", un instrument cu ajutorul căruia mama, care intuise legătura mai specială dintre fiică și tată, își manipula soțul *(„Tu vei rămâne în casă cu el, să nu poată aduce altă femeie!").* Din păcate, dincolo de atitudinea *de a-și folosi copila*, transpare indiferența la durerea acesteia, pe care nu făcea decât **să o părăsească**. Se conturează profilul unei mame puternic centrată pe sine, imatură și incapabilă să-și înțeleagă fetițele, ea însăși simțindu-se „în dispută" cu acestea, deoarece atunci când micuța acceptă „târgul" cu aparentă liniște interioară, o interpretează de genul: *„îl preferi pe taică-tău, care e un nenorocit!".* Deși la adolescență acesta i-a acordat fiicei „libertatea", a continuat o stare de stres în raport cu interdicțiile anterioare. A urmat atletism de performanță – „singurul refugiu", cu care mama nu a fost de acord, dar conform cu voința paternă.

Soțul a fost ales și plăcut de tată, care l-a chemat spre „a aranja" căsătoria – o fire calmă, față de care a simțit o atracție pur sufletească, „o scăpare" spre a pleca din mediul tensionat. Atracția a încercat „să o învețe". Despre „noaptea nunții" avea o imagine formată din cărțile citite pe ascuns, iar la *proba realității* a reacționat

paradoxal, apărându-i ca o necesitate imperioasă dorinţa de somn, în care vedem mutarea în plan fantasmatic a nevoii de apropiere fizică. În primul an de căsătorie, viaţa sexuală i s-a părut „grea", prezentând adevărate reacţii fobice, dar, datorită purtării tandre a soţului şi comunicării interpersonale directe, *„s-au adaptat reciproc".* A urmat naşterea, cu speranţa împlinită de a avea un băiat *(„în familia noastră au fost prea multe fete!"),* ca şi cum identitatea feminină ar fi fost aprioric raportată la ideea de suferinţă. Nici chiar adoptarea unei protecţii materne excesive nu a reuşit să-i şteargă din minte purtarea propriei mame. Ulterior, grijile rolului parental au depăşit cu mult acest comportamet ce nu avea alt scop decât valorizarea în proprii ochi (a slăbit, s-a epuizat – *„copilul m-a deranjat, iar eu ţineam mult la orele de odihnă").*

Problemele actuale au apărut pe fondul unei boli incurabile a tatălui, faţă de care a trebuit să suporte greutatea disimulării, singura detensionare fiind plânsul, *„ca şi cum ar fi înecat în lacrimi toate suferinţele copilăriei".* La moartea acestuia au reapărut dificultăţile de relaţionare cu soţul, dintr-o culpabilitate inconştientă faţă de tată, originată în interdicţiile şi traumele timpurii, tânăra ajungând să trăiască regresiv, în trecutul perioadei pubertale. În paralel, familia trece prin dificultăţi de ordin social (soţul a rămas şomer, ceea ce-l face să se simtă inutil, băiatul trebuie să urmeze o facultate), lipsa banilor făcând-o să-şi ia un serviciu suplimentar, iar oboseala devine o scuză pentru neparticiparea la viaţa intimă.

Interpretare

Cea în cauză a încercat să-şi centreze gândurile, tandreţea şi emoţiile sexuale asupra soţului, momentele nereuşite fiind dictate de rememorarea situaţiilor în care impulsurile instinctuale fireşti ale copilului de altădată s-au lovit de obstacolele mediului familial, a cărui atitudine a decurs dintr-o optică etic deformată. Dorinţa sa de a judeca valorile tatălui – ridicate la rang de dogmă – i-au stârnit conflicte morale, cum ar fi teama dezvirginării, trăită deformat sub aspectul extenuării fizice şi psihice, ca inhibiţie de protecţie. O uşoară nevroză se conturează încă din perioada adolescenţei, exprimată prin sentimentele de vinovăţie încercate la primele raporturi afective în afara „casei" *(teama de tată la întâlnirile cu colegii).* Culpabilitatea este aici complementarul senzaţiei de mulţumire, conform unei condiţionări negative inconştiente de tipul *„ai mei au suferit mult, deoarece* ***n-au ştiut*** *să iubească; îmi supăr părinţii dacă sunt fericită".*

Întâlnim un fel de dedublare la nivelul personalităţii, specifică structurilor histeroide, atunci când, pe de-o parte, îşi acuză tatăl pentru toate frustrările copilăriei, iar pe de alta, şi-a interiorizat drama acestuia. Idolatrizarea imaginii paterne, prin exacerbarea puterii sale de a „plăcea" femeilor, constituie o reminiscenţă a sentimentelor fetiţei de altădată, când modalitatea de a seduce consta în a-şi flata tatăl. Acesta, departe de a putea fi caracterizat printr-un comportament afectuos faţă de fiică, i-a îngreunat legăturile sociale, făcând-o să trăiască o mare angoasă în apropierea de soţ şi „învăţarea" intimităţii.

9.10.3. *„Don Juan-ul bătrân"*– de la mit la personalitate accentuată

Încercând să ne întoarcem la ceea ce înseamnă **o personalitate de tip Don Juan**, vom observa cum descrierea nu se limitează la sensul comun al termenului, mult întâlnit în cercurile de tineri, conform căruia un astfel de bărbat „seduce şi posedă

femeia, deoarece prin chiar comportamentul său acestea se lasă provocate", ulterior urmând părăsirea, deoarece satisfacţia durerii pricinuite înlocuieşte erotismul masculin normal. Să nu uităm acei „donjuani bătrâni", care cred că *„au cucerit şi au iubit totul"*, amăgindu-se că au cunoscut **femeia** până în cel mai intim amănunt, dar pentru care presiunea timpului devine o obsesie, trezindu-se în amurgul existenţei singuri, neancoraţi în realitate şi goliţi sufleteşte de epuizante relaţii superficiale, în care nu au primit şi nu au oferit nimic autentic. Atunci devin impulsivi, dominaţi de nesiguranţă şi nefinalizare afectivă, pierzându-şi atât capacitatea de sublimare prin profesie, cât şi darul improvizaţiei, fapt ce-i situează în imposibilitatea de a mai face noi „victime" şi-i aruncă într-o amară prăpastie depresivă.

Exemplu: E. G., 52 de ani, electronist pentru automatizări. Suferă deseori de „atacuri de panică", pe care le descrie ca o agitaţie interioară, asociate cu deprimare, sensibilitate şi perceperea exacerbată a ostilităţii celor din jur. Se simte dominat de nervozitate, violenţă verbală, reacţii explozive, urmate de regrete ulterioare. Este apreciat ca fiind un om cu multiple realizări profesionale, *cândva* a fost *„o capacitate"*, acum aflându-se într-un moment caracterizat printr-o minimă putere de concentrare, pierderea echilibrului şi a autocontrolului. *(„Am fost cineva! Nu mai reuşesc să fiu ce-am fost!")*

În plan emoţional a avut numeroase decepţii, însoţite de multe ori de tulburări în sfera sexualităţii, singur stabilind corelaţii între acestea şi stările de anxietate prezente încă din tinereţe. Observăm *înclinaţia* spre o anumită categorie de femei, dublată de o extremă severitate în raport cu sexul opus *(„Nu accept greşelile acestora!")*, dar şi repliată asupra propriei persoane sub forma variatelor sentimente de culpabilitate *(„Eu am păcătuit mult – şi faţă de mine şi faţă de ceilalţi")*. Simte acut dorinţa de atenţie, mângâieri şi afectivitate, dar mai ales necesitatea ca **femeia** să recunoască faptul că *el trebuie îngrijit.*

Permanenta căutare a „idealului feminin" se originează în idei absolutiste – nu poate sta prea mult cu aceeaşi parteneră, deoarece cu trecerea timpului constată *„că nu e perfectă"*. Multitudinea relaţiilor pasagere trăite ca eşecuri s-a transformat în prezent în *„nevoia de a fi lăsat în pace" („Văd liniştea ca pe singurul mod de existenţă".)*, dincolo de care transpare totuşi vulnerabilitatea, chiar atunci când, conştient, îşi afirmă fericirea în singurătate *(„Mă retrag ca melcul. M-am adaptat!")*

Ambivalenţa trăirilor interioare este regăsită plenar în atitudini contradictorii de tipul: *„O femeie – nu mă mai interesează sub nici o formă!"*, imediat urmând afirmaţia că şi-ar dori **o îngrijitoare**, care *„dacă nu este corespunzătoare, poate fi schimbată!"*, deoarece relaţia, departe de o împlinire afectivă matură, vizează alegerea după criteriul „obiectului" ce-i poate satisface în cel mai înalt grad trebuinţele, nevoia de „grijă," sugerând dependenţa maternă caracteristică primelor faze de dezvoltare. Pe de altă parte, ea este expresia complementară dorinţei inconştiente, agresive, de a poseda femeia, de a avea asupra ei „drept de viaţă şi de moarte". Nevoia de perfecţiune poate fi şi o proiecţie narcisică, dar poate apărea şi printr-un şir de substituţii asociative ca justificare pentru pulsiunea sadic-agresivă.

Întotdeauna şi-a dorit să reuşească în viaţă; tatăl, care *„a fost de patru ori mai inteligent"*, fiind un model – nedetaşare ce-i răneşte masculinitatea, redeşteptându-i angoasa. *„Să iau hotărâri, să mă bucur de rezultate!"*, dar din păcate nu se poate comporta sexual şi emoţional ca un adult, fiind instabil, mereu în căutare de noi partenere de care nu se leagă sincer. Ca mecanism de apărare intervine inversiunea:

„Nici o femeie nu m-a iubit sincer". Deoarece conştient funcţionează negarea: *„Niciodată un bărbat nu trebuie să se despartă de o femei pentru alta"*, spre a-şi justifica repetatul gest de abandon, îşi „confecţionează" ca raţionalizare scuza că *„nu e perfectă".*

Din această perspectivă, devine interesantă matricea după care şi-a ales partenerele – *„am căutat numai femei* ***naufragiate,*** *pentru a-mi fi recunoscătoare".* A dărui pentru a fi recompensat este o trăsătură histeroidă, sentimentul dominării reprezentând încercarea de a-şi compensa complexele de inferioritate, exteriorizate parţial prin culpa faţă de carenţele culturale, sub forma expresiilor de genul: *„Niciodată nu voi fi partenerul unei femei superioare".* Interpretarea realităţii prin pendularea între complex de inferioritate – complex de superioritate corespunde fazelor primare de dezvoltare afectivă, astfel încât orice relaţie nu este privită decât în termeni de dominanţă – dependenţă, învingere – supunere (pe de-o parte, acel *„Altfel n-aş fi putut să fiu EU şeful"*, pe de alta, imperativul *„Nu mai vreau să fiu terorizat de o femeie!").*

Se conturează o structură imatură, instabilă, cu satisfacţia subsidiară (ca beneficiu secundar) de a-i fi îndeplinite toate dorinţele. Atunci când se enervează, acţiunea Supra-Eu-lui interdictiv îi creşte tensiunea interioară, făcându-l să treacă de la **dominare** *(„Simţeam o satisfacţie în necesitatea de dispariţie a celor din jur")* la **replierea agresivităţii spre sine**, trăită ca adaptare sub forma *„retragerii ca melcul".* Perceperea dureroasă a acelui *„a fi stingher"*, în ciuda multiplelor tentative de apropiere de sexul opus, este ascunsă de aderarea la ceea ce consideră ca fiind acceptat de societate – idee demonstrată prin folosirea repetată a acelui *„sunt ca toţi ceilalţi"*, ce-i maschează **incomoditatea în propria personalitate.**

9.10.4. *„Adolescenta frigidă".* Agresivitatea inconştientă a neacceptării identităţii de sex-rol

Suntem înclinaţi să credem că adevăratele drame afective se petrec la vârsta maturităţii, privind decepţiile sentimentale ale adolescenţilor cu superficialitate dominată de amintirea lirică a acelui: *„ce e val, ca valul trece".* Din păcate, atunci când ele survin pe un teren încărcat de fragilitatea şi inautenticitatea relaţiilor parentale, când există frustrări mascate sau o copilărie **trăită pentru părinţi,** o simplă relaţie „între colegi", bazată pe admiraţie, poate produce marcate perturbări emoţionale.

Exemplu: S. M., 18 ani, elevă de liceu, performanţe şcolare deosebite.

Trăsătura majoră pe care doreşte să o exteriorizeze este **ambiţia**. Povesteşte cu lux de amănunte experienţe în care apăreau variante aproape patologice ale dorinţei de succes, mama contribuind la acestea, pe de o parte, pentru a împiedica stările depresive ale fetiţei, cât şi pentru propria satisfacţie, mai ales că prin comportamentul său a ocrotit-o de fiecare dată (S. era un copil *„născut târziu"*, la bătrâneţe, în care mama vedea propria prelungire şi care ar fi fost *„menit"* să reuşească în toate situaţiile în care ea a clacat).

Modelul diadei parentale

Tatăl a fost absent emoţional, mama dominându-l şi prezentându-i-l fetiţei în mod caricatural, minimalizarea rolului patern fiind trăită de aceasta cu sentimentul penibilului. Scenele pe care le observa între părinţi se reduceau la certuri violente cu

agresiuni fizice, motiv pentru care atunci când a sesizat, în mod întâmplător, un raport sexual, l-a considerat ca pe ceva sadic. A simţit o puternică repulsie, neputându-şi-i închipui făcând ceva atât de *„scârbos"*. De la perioada copilăriei în care mama reprezenta „motorul" reuşitelor sale – clipe pe care le evocă dominată de bucurie – actualmente, trăieşte ruşine pentru deteriorarea fizică şi psihică a părinţilor, ca şi cum aceasta şi-ar pune amprenta **ca o pată pe imaginea ei „perfectă"** (sentiment ce merge până la ură, exteriorizând clar extrema ambivalenţă).

La 14 ani s-a îndrăgostit pentru prima dată de R., care nu a iubit-o niciodată *ca pe o femeie*, însă o considera deşteaptă şi conştiincioasă. În momentele în care S. claca, sau atunci când ştia că nu mai poate deţine controlul asupra fiicei, mama era cea care îl chema spre „a avea grijă de ea". S. percepe şi interiorizează acest lucru ca şi cum **mama poate orice**, ducând cu gândul la vremea copilăriei, când „i se îndeplinea orice dorinţă". Cu toate acestea, pe R. „nu l-a avut niciodată" din punct de vedere afectiv. Astfel, la 16 ani şi-a început viaţa sexuală cu altcineva, având ulterior mai mulţi parteneri pe care nu i-a iubit, ci i-a folosit ca pe nişte „obiecte". Descrie momentul pierderii virginităţii ca pe un act de răzbunare pe mamă, aşteptându-şi în acelaşi timp sancţiunea. Paradoxal însă, primeşte în schimb ironie, motiv pentru care se simte frustrată. În prezent, este cu L., pe care în mod conştient l-a ales ca fiindu-i inferior. Cu fiecare bărbat, la primele raporturi sexuale se simte bine, ulterior prezentând frecvente anorgasmii. În cazul acestei relaţii, lucrurile s-au repetat, dar s-au adăugat şi dificultăţile în menţinerea erecţiei tânărului, datorită problemelor interpersonale şi dificultăţilor de relaţionare generate obiectiv de purtarea celei în cauză.

Prezentarea lui S.

Încă din copilărie a prezentat o labilitate emoţională, convingere într-un viitor excepţional (alternând cu perioade depresive) şi „putere de muncă", sugerând un temperament coleric. Este dominată de repliere asupra sieşi, cu accent pe trecut şi pe relaţia maternă, exprimând existenţa traumelor infantile. Neancorarea în realitate este exprimată printr-un uşor dezechilibru între nivelul posibilităţilor şi cel aspiraţional. Dovedeşte un caracter dificil, inhibiţie în gândire şi aderenţă crescută la numite idei. Este ezitantă, dar totodată sensibilă, cu un grad crescut de senzitivitate şi sentimentul obscur al limitelor; excitabilă, impresionabilă, neliniştită, cu puţine relaţii sociale şi înclinată spre ripostă. Are un înalt spirit de observaţie, centrat pe posibilitatea de a surprinde detaliile. Trăieşte cu nevoia nesatisfăcută de a fi apreciată, de a se distinge, într-un cuvânt – de a avea succes – dorinţă ce se originează în **fondul narcisic** al personalităţii. Este conştiincioasă, dar, dominată de **o motivaţie infantilă de tipul dependenţei afective,** făcând ceva doar în măsura în care există reacţie din partea celorlalţi. Aceasta denotă **absenţa maturităţii emoţionale şi incapacitatea de a iubi**. Întotdeauna şi-a păstrat locul de „cea cu probleme", necesitând un permanent ajutor – descriere conturând trăsături de tip histrionic.

Relaţia cu partenerul actual

Pe L. îl complexează sistematic, în subsidiar repetând schema ambivalenţei. Pe de-o parte, în toate discuţiile îi pune în evidenţă limitele – *el neputându-se ridica la nivelul ei de educaţie, cultură, cunoştinţe*; în casă îl pune să facă treburi josnice, mai cu seamă când sunt şi alţii de faţă. Pe de altă parte, vrea cu orice preţ să-l susţină pentru admiterea la facultate, astfel încât reuşita să fie „graţie ei", erijându-se în **factor cauzal** ce-şi etalează puterea. Este ca şi cum inconştient şi-ar dori rolul masculin, dovedind existenţa unui **sadism faţă de tată (şi posibilă fixaţie maternă)**, în prezent, agresivitate exteriorizată asupra oricărui posibil bărbat.

De fapt, este o încercare de rezolvare, deşi nereuşită, a acestui complex de castrare: alegerea este conformă cu imaginea parentală (un partener ce poate fi denigrat). Involuntar, caută situaţiile în care ştie că acesta nu va face faţă (cum ar fi tentativa de a intra într-o instituţie de învăţământ superior, corelată cu alternativa penibilă a eşecului). În acelaşi mod şi cu aceeaşi motivaţie „ascunsă" îl suprasolicită cu treburile casnice, spunându-i continuu că *„nu e bun de nimic"*, ca apoi să-l vadă cum nu poate face faţă momentelor de intimitate. Atunci apare satisfacţia inconştientă, substitutivă, prin care cea în cauză îşi exprimă latura masculină. Întâlnim aici **modelul matern feminin introectat** şi care era, probabil, de tipul **„sadic masculin"**.

Relaţia cu R.

Primele relatări despre acesta sunt în încercarea de analiză a unui vis, în care cel în cauză moare. La trezire, urmează în real comportamentul *compulsiv* de a-l căuta. Este evidenţiată **ambivalenţa în raport cu sexul opus. Agresivitatea fantasmatică este combinată cu neclaritatea scopului erotic.** Acesta este complementul resimţit sub forma de coşmar al situaţiei în care R. o părăseşte – moment caracterizat printr-o puternică stare afectivă negativă. Depresia se manifestă prin fatigabilitate şi denivelare motivaţional-volitivă, care traduc **nesiguranţa sinelui corporal**. Un moment are ideea sinuciderii, după care, **printr-un mecanism de apărare de tip proiecţie senzitivă** afirmă: *„răul venea de la el; el trebuia să moară"*.

Analiza sferei erotico-sexuale

Din descrierea figurilor marcante ale copilăriei se conturează tabloul unei **mame castratoare, la rândul ei cu complex de castrare**, vizavi de care apare o **revanşă patologică interacţională** sub forma prezenţei **fantasmei lesbiene** (relatată ca imaginaţie reproductivă în timpul actului sexual, pentru a atinge orgasmul).

În dialog, foloseşte frecvent ideea de *protejare*, dar are mai multe acte ratate în care apelează la termenul de *protezare*. Introducerea necesităţii de instrument pentru protecţie poate simboliza falusul (**fantasma penisului castrat**), ce exprimă **insecuritatea emoţională prin neacceptarea identităţii sexuale feminine.**

La început, a exagerat importanţa relaţiei *intime* cu L., neinteresând-o şi integrarea spirituală, deoarece, în plan fizic, căuta în permanenţă ceva care să-i amintească de R. Această disperare o face să nu mai poată atinge experienţa orgasmică în absenţa reprezentării unor scene fantasmatice cu partenerul dorit. Cu noul bărbat, primele experienţe sexuale sunt trăite cu plăcere, ulterior însă, totul devine stereotipie – preferă anumite poziţii, „face totul singură", **utilizându-şi partenerul ca pe un obiect**, cerându-i să aibă din ce în ce mai puţine gesturi, astfel încât să-i lase impresia că nu există în cameră. Descrie încercarea de a atinge orgasmul ca pe un chin, ca pe *„ceva necesar"*, ce trebuie făcut pentru ca ulterior să fie *bine* (un *„bine"* văzut în sensul unei răzbunări pe R. – **fantasma revanşei complexului de castrare**). Actul în sine devine **un ritual sadic**, în care, **de fiecare dată**, după cum ea însăşi afirmă, **„îl ucide pe cel iubit"**, ca un mecanism de apărare. Din ce în ce mai frecventele experienţe finalizate cu anorgasmie îi cresc tensiunea psihică, mergând până la stări de atac de panică. Datorită refulării, plecând de la ideea de bază a uciderii, în final apare visul în care R. moare, iar anxietatea inconştientă generează gestul compulsiv de a-l căuta.

Există o **fixaţie infantilă** legată de scena actului sexual *„văzut, şi nu închipuit"* dintre părinţi. Drept complement conştient (deşi nu întotdeauna pe deplin) apare ideea acuplării ce trebuie să conţină ceva sadism; în însuşi faptul de a-i cere partenerului să

participe într-o formă cât mai pasivă funcţionează un sadism mascat. Transformarea coitului în *ritual al uciderii* este o formă de agresivitate cvasimanifestă, de care cea în cauză are nevoie pentru a putea funcţiona mecanismul proiecţiei şi mai ales al **transferului**, *căci „la urma urmei, nimeni nu poate fi ucis în lipsă"* (Freud).

Dorinţa de a avea un copil revine repetitiv, dar cu menţiunea că-i este frică de sarcină şi de experienţa naşterii. Nu remarcă rolul partenerului şi ar dori ca bebeluşul „să vină dintr-o dată". Regăsim aici o **imaturitate afectivă de fond, o ne-maturizare psihologică prin neasumarea reasponsabilităţii.** Dublul complex de castrare, transmis prin model educaţional de la mamă la fiică, determină şi translaţia modelelor de rol matern feminin. Dintr-o altă perspectivă (jungiană), dorinţa de a avea un copil, în mod inconştient bărbatul lipsind şi cu **păstrarea nealterată a imaginii narcisice,** exprimă o reminiscenţă a gândirii primitive, a mentalităţii arhaice, din ceea ce este universal recunoscut drept „mitul naşterii virginale" – fantasmă, de altfel, obişnuit întâlnită la adolescente.

Relaţia cu mama este dominată de o ataşare exagerată, legată conştient prin iluzia că mama i l-a „oferit" pe R. ca instrument de autoprotecţie. Acesta, inconştient, **o substituie pe mamă**, motiv pentru care anxietatea de fond a celei în cauză se menţine crescută, deşi alegerea este conformă cu Supra-Eu-l colectiv. Este dovedită existenţa unui complex oedipian în forma sa negativă, ce şi-a lăsat amprenta în structura personalităţii şi în orientarea dorinţei, arătându-şi doar *parţiala* rezolvare în acest tip particular de alegere (după F. Dolto, 1993). Gestul de a-l căuta (considerat ca defensă prin care se combate angoasa), urmat visului, poate fi explicat prin faptul că bărbatul iubit este perceput ca **partener unic şi absolut** („obiectul total" – în viziunea neopsihanalitică a lui Melanie Klein). Frica reiese din pericolul de a-l pierde din cauza sadismului propriu. Aceasta este de suprafaţă, căci în subsidiar există depresia – dar care **nu** este regăsită la nivelul relaţiei originare cu mama, ci proiectată la nivelul acestei noi legături. În spijinul afirmaţiei vine şi frecventa oscilare a celei în cauză între exuberanţă şi epuizare, agresivităţii substituindu-i-se anxietatea.

Întâlnim mecanisme de idealizare a partenerului, dar şi încercarea de control omnipotentă a acestuia *(consideră că indiferent ce altă relaţie şi-ar putea întemeia, R. nu se poate despărţi afectiv de ea)*. Dorinţa de a-l poseda în mod absolut poate fi explicată prin orgoliul Eu-lui şi impulsul puterii, acest **protest viril** nefiind decât nevoia de a se valoriza în proprii ochi. În momentul în care a fost întreruptă definitiv relaţia, a apărut ideea că „trădarea" acestui bărbat răneşte nucleul existenţial cel mai profund sub forma unei rupturi *mortale.* Este de înţeles cum dragostea se preface în ură, cum sentimentul autodistrugerii împinge în chip sălbatic şi la distrugerea celui ce i-a fost cauză, la asasinarea (cel puţin fantasmatică) a celui ce a trădat (după J. Evola, 1994).

Psihoterapia a vizat ***devenirea,*** cea în cauză urmând să-şi dezvolte mecanismele de punere în valoare a trăsăturilor sale adaptative. Accentul trebuie pus pe amintirea valenţelor de trăire plenară a „laturilor" afectivităţii şi, în genere, a experienţei orgasmice.

Saltul în maturizare se concretizează şi este completat de conştientizarea potenţialului propriu, nefolosit, „ascuns", reliefându-se trăsăturile de minuţiozitate şi perfecţionism.

Procesul terapeutic a fost greu de condus, datorită dependenţei marcate a celei în cauză, acesta fiind un element fragil ce trebuie „manevrat" cu grijă. Datorită

caracterului bipolar al personalității adolescentei, „adezivitatea" afectivă este de preferat instabilității emoționale, insomniei, hiperactivismului, iritabilității și irascibilității. A existat riscul unui puternic transfer pozitiv, deoarece în această perioadă a „pubertății tardive" – încărcată și marcată de autentice psihotraume timpurii, dublate de o situație „nefericită" în care tânăra și-a început activitatea sexuală (context parțial căutat inconștient) – metaforic vorbind, *„se redeșteaptă"* capacitatea de trăire, de rezonanță empatică, datorită căreia virează ușor spre hiperemotivitate.

În absența unui terapeut bărbat, am avut surpriza activării senzitivismului și susceptibilității, apărând transferul negativ. Dincolo de elemente centrate pe simptom, s-a utilizat o psihoterapie de suport, ce vizează susținerea Eu-lui. „Întărirea" este greu de realizat, deoarece ar fi necesară colaborarea apropiată a mamei, lucru aproape imposibil, deoarece este „amprentată" de specificul personalității adolescentei. Culpabilitatea acesteia, deși nejustificată, favorizează imaturitatea, anxietatea, egoismul și preocupările fantasmatice ale tinerei.

Psihoterapia de suport nu poate lupta împotriva egocentrismului sau agresivității, ce au puternice motivații inconștiente, dar le poate „amâna" și „modela" manifestarea în timp. „Vitaminizarea" Eu-lui reduce instabilitatea dispozițională, anihilând dependența față de mamă sau față de elementul său substitutiv (R.). Prin creșterea responsabilității în raport cu sarcinile personale se elimină apariția beneficiului secundar și se reduce exprimarea proceselor afective primare, cum ar fi izbucnirile în plâns, furie sau chiar veselie nejustificate. Fără ca terapia să poată influența capital excitabilitatea de structură a acestei adolescente, prin creșterea autocontrolului am putut mări timpul între accesele de manifestare a crizelor de nervozitate.

Sfera labilității a fost dublată de un minim tratament psihiatric (în principal, anxiolitice). Am abordat personalitatea ca un tot unitar, cu problemele sale de adaptare, dar și cu un potențial neconștientizat ce trebuie valorificat (orientare gestaltistă). Scopul a fost refacerea capacității de evoluție, ajutând-o să-și depășească impasul existențial dictat de „invalidarea" sa psihică prin complexul de inferioritate (legat de aspectul exterior), dublat de sentimentul neîmplinirii fizice ca femeie. Totodată, momentul de dificultate se datorează și statutului său social (deși cu realizări școlare deosebite, se teme în prezent pentru reușita la facultatea de medicină). Pornind de la discuții libere, a realizat treptat „tatonări" asupra unor posibile situații în care experiența orgasmică devine o modalitate de punere în valoare a valențelor „bune" și a potențialului recuperativ.

Ajutată de tehnica imaginației, reușește să intre în contact cu nevoile sale neconștientizate. Recunoașterea „neîmpăcării" cu situația actuală a constituit un adevărat punct-cheie (deoarece se învârtea într-un cerc al satisfacțiilor vicioase cu rădăcini auto- și heteroagresive). Acesta a fost un element princeps ce i-a particularizat terapia, deoarece, consecutiv, s-a diminuat tendința intrinsecă la izolare și beneficiile secundare ce favorizau evaziunea în *probleme*.

Pentru producerea *insight*-ului am încercat ghidarea spre o evaluare corectă a propriilor sentimente, evitând verbalizările fără sfârșit. Datorită structurii cu note senzitive, era înclinată spre căutări perpetue și interpretări proprii, originale, ale perturbării sale la modul generic. Acele *„de ce mie?, de ce eu sunt frigidă?"* reveneau obsedant în dialog. Pentru producerea decentrării, am utilizat experiența imediată, acel *„ce observi despre cum ești tu, nu ce crezi despre tine"*.

A fost învăţată că în majoritatea timpului *„Ea este Ea", „este altceva decât mama sa şi decât aspectele fantasmatice în a căror lume se învârte"*. Şedinţele terapeutice le-am folosit pentru *a descoperi „cine este"*, acel *„a face din Eu-l său un aliat împotriva tulburărilor proprii"*, neputând nega existenţa problemelor inconştiente, dar diminuându-le importanţa şi semnificaţia. Este vorba de crearea sentimentului toleranţei, autoacceptării, scăderea rigidităţii Supra-Eu-lui. Învăţând să-şi asume răspunderea pentru propria fire (acel *„aşa sunt şi mă accept")*, îşi asumă, implicit, răspunderea pentru modul în care interacţionează cu ceilalţi, luptând pentru integrarea sa socială (ea fiind, de altfel, o mare izolată, trăind într-o lume a ideilor, mişcându-se în viaţă cu temerile şi nemulţumirile rezultate din contactele anterioare). Terapia a vizat încercarea de a înţelege că inabilitatea şi eşecurile sunt consecinţa reeditării aceluiaşi tip de relaţii disfuncţionale.

Experienţele anorgasmice trecute îi creează o vigilenţă crescută în raport cu cea mai mică „abatere" de la „buna desfăşurare" a actului sexual. Sentimentul culpabilităţii faţă de elementele conştientizate ale propriului sadism deghizat în frigiditate îi imprimă o anumită reţinere, cenzurare, hipercontrolabilitate, ce măresc şi mai mult tensiunea interioară. Învăţând că nu se întâmplă nimic dacă se manifestă plenar din punct de vedere sexual, reuşeşte să iasă din „capcană" prin propriile forţe.

Pentru a „controla" mai eficient labilitatea emoţională, am adăugat psihoterapiei suportive elemente raţional-emotive. I s-a explicat pacientei că **nu** anorgasmia menţine neliniştea psihică, ci preocupările excesive legate de incapacitatea trăirii acestor senzaţii şi cerinţele „limită", conform cărora *„experienţa orgasmică trebuie trăită total, de fiecare dată şi cu orice partener"*. Relativizarea ce decurge din renunţarea la absolutism creşte complianţa şi potenţează în timp rezultatele.

A reuşit cu uşurinţă să facă diferenţierea între credinţele raţionale prin intermediul cărora îşi exprima dorinţa de maturizare afectivă şi complementar sexuală şi aceste postulate frizând iraţionalul. A învăţat să lupte prin contraargumente ce generau autoajutorarea în vederea „achiziţionării" unui comportament adecvat. La aceasta a contribuit inclusiv buna informare a adolescentei cu privire la sfera erotică, încercând o minimalizare a conotaţiilor negative legate de „disfuncţii". A putut să conştientizeze singură care sunt gândurile autoperturbatoare şi cum majoritatea lor vizează aspecte repetitive, mascate, legate de figurile marcante ale copilăriei şi preadolescenţei. Contraargumentele au fost alese astfel încât să aibă forţă pentru producerea unui insight de natură emoţională, nu doar intelectuală, după care a fost capabilă să discrimineze între sentimentele adecvate şi cele neadecvate şi să identifice stările afective negative – consecinţa eşecului în plan sexual – ce se proiectează în prezent, cum ar fi: panica, depresia, neacceptarea propriei persoane.

Momentul cel mai greu de depăşit a fost realizarea legăturii dintre gândurile iraţionale şi sentimentele neadecvate. Au existat multiple puncte de blocaj într-un anumit stadiu, în care cea în cauză conştientiza iraţionalitatea şi absurditatea anumitor cerinţe, dar fără a realiza o legătură cauzală cu stările negative sau cu instabilitatea sa dispoziţională.

Fără a cădea în capcana de a-i „cupa" exprimarea emoţiilor, ea a putut fi *„modelată"* în exteriorizarea afectelor.

Apariţia egocentrismului a fost oarecum accentuată şi de hiperprotecţia familială. Astfel, şi-a construit cu uşurinţă postulate de tipul: *„ceilalţi trebuie să-mi facă întotdeauna pe plac"*. Când este contrazisă, se developează senzitivismul – tendinţă

greu de ţinut sub control în cadrul psihoterapiei, motiv pentru care am *interzis* în anumite clipe furnizarea unui număr prea mare de detalii legate de evenimentele psihotraumatizante sau de Eu-l matern hiperinflativ.

Această repetitivă povestire avea, de obicei, un efect catharsic pe moment, dar nu conducea la restructurare profundă, ajutându-o să-şi „iubească" nefericirea. Am ponderat explicaţiile nesfârşite şi descrierea panicii autodistructive, punând accentul pe gândurile ascunse. „Dărâmarea" axiomelor a fost împletită cu imageria pozitivă: *„nu voi fi întotdeauna respinsă, ci uneori voi fi acceptată aşa cum sunt, dacă mă apropii de oameni".*

Am evitat excesul de gânduri pozitive, deoarece caracterul lor utopic, corelat cu adezivitatea celei în cauză, facilita un transfer maxim, pavând calea spre dezamăgiri viitoare.

Rezultatele terapeutice obţinute au fost de următorul aspect:

- să înveţe cum se poate renunţa la simptomele asociate tulburării de dinamică sexuală (anxietate, dispoziţii depresive de cauză neconştientizată, panică, sentimente de disperare);
- să reducă alte aspecte disfuncţionale (teama de a rămâne singură, obsesia rejecţiei, frica de a nu putea face faţă stresului unui examen de admitere);
- încercarea de a aplica cele însuşite, pentru a preîntâmpina apariţia situaţiilor ce-ar putea-o perturba;
- datorită senzitivismului, a reuşit numai parţial să conştientizeze că se perturbă singură într-o măsură mai mare decât o perturbă ceilalţi sau împrejurările de viaţă; cu toate acestea, a căpătat un oarecare autocontrol, pentru a reduce suferinţa apărută;
- fără a încuraja „excesele" de orice natură, am ajutat-o în proiectarea unui scop, făcând-o să-şi comute atenţia de la stările afective negative;
- o dată cu renunţarea la eticheta *„eu sunt total diferită"*, a realizat cum existenţa capătă un sens real, ceea ce a făcut-o să abandoneze trăirile de inutilitate; clarificarea anumitor aspecte i-a adus plăcere din interesele vitale, reuşind să accepte mai uşor laturile mai puţin agreabile ale drumului propriu, creându-i-se sentimentul utilităţii;
- pentru a depăşi barierele dependenţei, a trebuit să-şi însuşească un nou mod de gândire: indiferent cât de nefiresc s-au comportat ceilalţi cu sine, ea s-a „speriat" emoţional în momentul în care a început să creadă în ideile greşite ale celorlalţi. Lucrul a fost dificil datorită relaţiei sale *particulare* cu mama, caracteristicile acestei „simbioze" incluzându-se de timpuriu în sistemul perceptiv-autoperceptiv al adolescentei;
- completând perspectiva anterioară, „operarea" asupra trecutului a fost o indicaţie relativă şi datorită excitabilităţii structurale a celei în cauză, ce induce pe de-o parte rezistenţă scăzută la frustrare, iar pe de alta – tendinţă la catastrofizare.

CAPITOLUL 10

Avatarurile disperării existențiale

Să fetişizăm destinul,
Lispiţi de el, noi suntem goi,
Sărutaţi cu grijă chinul,
Absurdul vieţii suntem noi.

10.1. Nevroza

10.1.1. Structura nevrotică – marcă a lumii moderne

Societatea contemporană ne determină ca, atunci când ne autocaracterizăm, să folosim din ce în ce mai frecvent atribute ce ne-ar putea scoate în evidenţă *impactul produs de **stresul** cotidian*. Acest concept, amplu răspândit şi oarecum „la modă" în „high-life"-ul vieţii americane, a făcut ca în toate revistele cu influenţă asupra publicului larg să fie publicate *scale* mai mult sau mai puţin ştiinţifice, valide – construite ca o tentativă de a *cuantifica* acest „flagel al civilizaţiei". Tot *lumea modernă* este cea care ne aduce în prim-plan ideea că numărul ***nevroticilor*** este imens – latura psihologică pierzându-şi puterea de a rezista în faţa dimensiunii sociale a fenomenului de *stres colectiv* la care suntem supuşi fără voie de actuala şi acuta „luptă a junglei".

Ceea ce se cunoaşte mai puţin este faptul că *drama* nevroticului este reală şi amplu resimţită. Dorinţa de a-şi desfăşura activităţile se păstrează, dar ceea ce lipseşte este puterea de muncă, deşi este prezentă o involuntară tentativă combativă. Aceşti oameni sunt dominaţi de labilitate, deprimare, „doboriţi" de evenimentele de moment, considerând suferinţa prezentă ca cvasipermanentă şi fără posibilitatea de a se atenua în timp, deoarece le lipseşte capacitatea de **a se imagina** în situaţii viitoare fericite (acel „a accepta" că „au dreptul" să se bucure). Încă de primul contact este resimţită plenar trăirea reactivă a oricărei psihotraume, ruminaţiile adiacente provocând oboseală, deşi, concret, această epuizare este mai mult psihică, în real ei reuşind să facă faţă sarcinilor concrete, dar cu un consum energetic suplimentar. În nevroză este profund modificată **autopercepţia**, indivizii gândind şi reacţionând mai bine şi mai adecvat decât afirmă, dar având afectat modul în care îşi interpretează propriile performanţe cognitive.

Cenestopatia apare ca o compensaţie, după o regulă inconştientă de tipul: *„dacă nu sunt în centrul preocupărilor celorlalţi, mă gândesc singur la mine"*, accentuându-şi astfel orice minimă „disfuncţionalitate" a propriului Eu. În general, nu există o senzitivitate sau o suspiciozitate crescută, cu excepţia situaţiilor când nevroza durează de mai mult timp şi se „structurează", astfel încât încep să aibă convingerea că îi supără pe cei din jur cu propriile probleme sau chiar cu existenţa însăşi. În paralel,

întâlnim sentimente de vinovăție, care exprimă suferința, într-o manieră excesivă, ca și cum ar fi o formă deghizată de a se face acceptați (își etalează durerea morală în speranța de a stârni mila și indirect adeziunea celorlalți, chiar dacă sub forma patologică a compasiunii). Sunt indeciși, „neconfortabili" în „formele" proprii, dubitativi, ceea ce face ca și în banale conversații cu colegi sau prieteni, amplitudinea vocii să le fie profund modificată.

Pentru ei viața nu pare „stupidă", dorindu-și să o simtă și să o înțeleagă, motiv pentru care mărturisesc „în exces" celorlalți propriile neliniști, din dorința de a cere o soluție, văzând în multitudinea contactelor sociale un posibil *ajutor*. Acel *„eu nu sunt bun de nimic"* reliefează chintesența mecanismului nevrotic, dar și punctul de plecare al oricărei terapii. Dintre trăsăturile din gama excitabilității sunt prezente numai irascibilitatea și iritabilitatea, nu și impulsivitatea, astfel încât cei în cauză nu reproșează nimic celor din jur de frica de a nu fi respinși, lucru interpretat ca maximă pedeapsă pentru o personalitate ce „captează" rapid orice urmă de afectivitate primită. Pe de altă parte, nevroticul nu mai are ce reproșa celorlalți, deoarece totalitatea acuzațiilor este întoarsă asupra sieși. Neodihna este dată de conflictul cheltuitor de energie, situat în inconștientul tensionat, ce nu permite relaxarea de teamă că ar putea ieși la iveală afectele reprimate.

Nevoia de afecțiune este o importantă „pârghie" a acestei personalități ce dorește **acceptarea** „pe orice căi", chiar cu prețul de a fi compătimit, iar atunci când nu o obține, suferă, se victimizează – ca o compensare. Inutilitatea, incapacitatea și devalorizarea reprezintă inversiunea ideii: *„Nimeni nu vrea să mă ajute"* (reprimată fantasmatic și repliată pe propriul Eu), ceea ce generează trăirea dramatică a nefericirii, ca sentiment ce le domină existența.

„A avea nevoie de celălalt" este motoul unui asemenea individ. Ei nu se pot „aduna" în situații importante, fiind disipați în gânduri și comportamente, dominați de psihotraumele, labilitatea și angoasele micii copilării, văzute ca centrul patogen al vulnerabilității actuale. Se percepe nesiguranța în relaționare, ca un fel de „rezervă față de celălalt mult dorit". Aceasta îi face să uite și să ierte rapid greșelile anturajului, mai ales că nu au curajul de a riposta nici măcar atunci când au dreptate, din disperarea că respingerea le-ar putea readuce în minte angoasa copilului amenințat direct sau metaforic că „ar putea rămâne singur pe lume".

Desenele nevroticilor sugerează o puternică înclinație spre trecut, un regret al „vremurilor de mult apuse", o instabilitate emoțională asociată cu anxietatea și depresia, „salcia plângătoare" fiind frecvent regăsită. Crengile sunt amputate, scrijelite, sugerând închiderea relațiilor sociale din proprie inițiativă, de multe ori fiind asociate cu cioturi ale traumelor îndepărtate – posibile puncte de fixație pentru o „imersie" în lumea copilăriei prin regresie. Dintre aceștia pot fi recrutați subiecții „introversiei visătoare", închiși în sine, stângaci, timizi, ce-și inhibă mișcările reale, dar capabili de IMAGINAȚIE.

De multe ori apare asociată isteria, situații în care depresia încearcă „să se descarce" prin manifestări comportamentale sau somatice diverse. Structura, mai ales în cazul femeilor, este de tip imatur-impulsiv, dispoziția tristă putând fi considerată cauză și efect ale inhibării oralității (tinere care nu au cu cine vorbi, sunt devalorizate de partenerii de viață, își „alungă" orice dorințe, inclusiv cele instinctual primare – de hrană, prin cure de slăbire îndelungate și nejustificate). Se conturează un „Eu în pericol", aflat *în criză*, în care toate mecanismele de apărare sunt mobilizate împotriva

antagonismelor pulsionale perturbătoare. Deoarece adevărata criză se consumă în interior, în lupta cu complexul inconştient, întreaga energie vitală este învestită acolo. Individul se străduieşte să se adapteze, supunându-şi conştiinţa unei tensiuni permanente, ce generează presentimentul catastrofei. Aparenţa se desfăşoară în *exterior, în contruntarea cu situaţiile sociale, cu problemele existenţei cotidiene, cu* psihotraume clasate de ceilalţi ca inofensive, în timp ce la bază stau clivajele afective, dilemele de acrosaj-detaşare sau dificultăţile de autoevaluare.

Deciziile vieţii sentimentale exprimă „alegeri critice", ca supape pentru detensionare. Dominantă este evitarea, deoarece Eu-l care ia poziţie devine flotant sub presiunea angoasei şi nu poate opta cu uşurinţă. Cel mai frecvent, profilul alcătuit scoate la iveală un individ CONCENTRIC – în sensul nu de introvertit (deoarece în nevroza depresivă asociată cu elemente histrionice subiecţii sunt mai degrabă „deschişi" şi dornici de a găsi o oglindă în care să-şi regăsească propriul Eu), ci de preocupat subiectiv. Aceşti indivizi, inclusiv atunci când poartă o conversaţie, privesc temele despre care discută ca pe extensii ale sinelui. Însă uşurinţa în a vorbi despre propriile nerealizări numai în mod greşit şi superficial poate fi interpretată ca extroversie autentică, ea nefiind altceva decât o nouă învestire narcisică susţinută prin participare mutuală de cei ce-i ascultă *necazurile.*

10.1.2. Partenerul – realitate şi imaginaţie

Întâlnim la tot pasul personalităţi nevrotice, pentru care este dificil de înţeles că viaţa este incalculabilă şi de necontrolat. Din punct de vedere comportamental şi relaţional, aceştia sunt înclinaţi spre ceea ce am putea numi *„a face din partener o soluţie".* Este vorba de un abandon al Eu-lui, când celălalt poate să umple golurile afective ale copilăriei sau să ofere energie vitală, transformându-şi forţa caracterului în punct de susţinere şi devenind dintr-o dată „încărcat precum un pom de Crăciun" cu toate calităţile posibile.

Dacă această *„construcţie"* depăşeşte cu mult realitatea, va veni un moment în care aspiraţiile legate de *ceea ce ar putea fi* sau *ar putea face* celălalt nu vor mai fi la „standardele dorite". „Spargerea globuleţelor imaginare" apare atunci când evenimentele vieţii cer luciditate maximă, astfel încât perceperea celuilalt se face **aşa cum este el în realitate**, fapt care pentru partenerul imatur acutizează sentimentul îndoielii şi incapacităţii de a fi un **EU**. Fragilitatea sa psihică determină fluctuanţă în planul afectivităţii, la aceasta contribuind şi problemele celuilalt: *el oboseşte să tot fie un sprijin.*

În mod normal, acel „a fi împreună la bine şi la rău" este departe de a însemna preluarea problemelor celuilalt. Dincolo de a fi obositor, intervine următorul aspect: partenerul înclinat spre o personalitate dependentă uită să se iubească pe sine. Afirmaţia nu este făcută în sens narcisic, ci în sensul stimei faţă de propria persoană. Omite să-şi oprească „o parte a sa", acel **element surpriză** al felului de a fi ce ar trebui exteriorizat în crizele de maximă tensiune emoţională a cuplului.

Deşi misticismul copilăriei ne face să ne dorim din partener un **alter ego**, *urcuşurile şi coborâşurile inevitabile ale vieţii de mai târziu* ne fac să înţelegem că, nu numai pentru noi, ci şi pentru celălalt, este bine ca o anumită plasticitate comportamentală să poată reliefa aspecte inedite în momentele de plafonare afectivă (după I. Mitrofan şi N. Mitrofan, 1994).

Exemplu: K .J., 42 de ani, s-a considerat întotdeauna o fire mai emotivă. A avut de suportat în copilărie atât neînțelegerile părinților, cât și teama de un tată hiperautoritar și dezamăgirea de a avea o mamă dezinteresată. Soțul a fost primul bărbat pe care l-a întâlnit. Investiția afectivă a făcut-o deopotrivă pentru perceperea lui ca pe o soluție, o alternativă față de apartenența la o familie în care nu se simțea dorită, dar și pentru calitățile sale: un om perfect echilibrat, în egală măsură cu calm și simțul umorului, cu o puternică imagine de conducător al familiei, fără tendința de a domina.

Treptat, s-a lăsat furată de tăria lui de caracter, mulându-se ca o liană pe această personalitate puternică. Întotdeauna, anxietatea ei de fond se exterioriza prin frecvente oscilări afective, mai ales în momente ce vizau tăria de caracter: îmbolnăvirile copilului, cutremurul, moartea tatălui, situații pe care le-a putut depăși datorită căldurii soțului. Acum însă, acesta s-a schimbat: din cauza unor probleme de serviciu și-a pierdut ceva din încrederea în sine, a obosit să fie continuu un sprijin, se simte părăsit și vede în soție *copilul mai mare*. Pe fondul dezechilibrului profesional, trăiește acut orice modificare minoră în cuplu. Relația tensională este în dublu sens și doar resursele inventive, ingenioase și creative ale unuia dintre ei i-ar putea salva.

Ca o primă interpretare, am putea descrie structura celei în cauză ca fiind dominată de tendințe nevrotice. În plan comportamental – acea parte a aisbergului ce ajunge la lumina conștientului – se exprimă prin sentimentul nepriceperii și înclinția de a se învinui pentru orice eveniment nefericit. Este dominată de reflecții nesfârșite legate de ceea a spus sau ar fi putut spune, de ce a făcut sau ar fi putut face, de replicile primite sau de efectul spuselor sale. Pentru ea, reversibilitatea timpului psihic este doar un mod de a se raporta în permanență la trecut prin critică și un mod prin care tendințele masochiste tind să se permanentizeze (după K. Horney, 1995).

Crezând în universalitatea operației de comparare, mai mult sau mai puțin rațională a gândirii, ea știe că nu i se poate sustrage, dar în mod defensiv are acea reacție de a nu face vreo greșeală în cadrul cuplului. Acest mers „ca pe sârmă la circ" și frica permanentă de *a nu fi dată de gol* induc cu ușurință o rigidizare a relațiilor în cadrul diadei.

Hipercontrolabilitatea și canalizarea propriilor reacții îi imprimă un comportament „provocator". Din partea soțului atrage respingere, care, fie și numai sub aspect verbal, grefate pe o hipersensibilitate la critică, exacerbează distorsiunea comunicațională.

O încercare nereușită de rezolvare este proiectarea propriilor afecte agresive generate de ideea „groaznicului sfârșit" asupra partenerului, când de fapt suferința e dată de profundele sentimente de culpabilitate inconștientă pe care cea în cauză e *„obligată"* să le ispășească prin nefericire, acest pattern fiind pus în relație directă cu nevoia de pedeapsă.

Ea este o structură nevrotică, la care este evidentă diferența marcată între nivelul aspirațional și ceea ce poate realiza efectiv cu potențialul său aptitudinal și relațional sau, altfel exprimat, dihotomia dintre fațada de perfecțiune și propriile deficiențe. Încercarea permanentă de a-și apăra această aură se face cu o falsă mândrie, ce se substituie respectului de sine. Teama de comparare exprimă teama de prăbușire a aparenței, ce ascunde un Eu fragil și instabil. Autoînvinuirile sale sunt consecința dorinței de a părea perfectă, trebuință ce se manifestă imperativ. Ea se acuza singură, făcând astfel *„o mișcare strategică"*, căci își împiedică soțul să o mai învinuiască (K. Horney).

„Delegarea" răspunderii către partener este imediat urmată de creșterea anxietății. Există o legătură biunivocă între frica de a-și acuza soțul și dependența de acesta,

motiv suficient pentru dezvoltarea sentimentului de a fi neînțeleasă și imaginea de om altruist, ce lesne poate fi insultat și înșelat.

Nevroticii sunt oameni la care predomină, ca și în primele perioade ale vieții, necesitatea de a trăi într-o lume previzibilă și ordonată, căci, la urma urmei, *nevoia de protecție refuzată copilăriei își spune cuvântul!*

10.2. Alcoolul

10.2.1. O fragilă omnipotență...

Avatarurile acestui vechi și fals prieten sunt incalculabile. Sociologii au estimat că pierderile ocazionate de consumul de alcool sunt mai mari decât distrugerile tuturor războaielor ce au încercat omenirea. Dincolo de supozițiile ereditare și biologice, rămâne în discuție *personalitatea consumatorului*. Se spune că alcoolicii sunt indivizi ce suportă greu anxietatea, depresia și prejudiciul. Cu toate acestea, există persoane ce au tranversat momente crâncene fără a deveni alcoolici.

Putem vorbi despre o *vulnerabilitate*, situație în care întâlnim trăsături precum imaturitatea, nesiguranța, dependența și intoleranța la frustrare. O serie de mecanisme psihologice cum ar fi, de exemplu, imitația, compensația, evitarea, autoagresivitatea și compulsiunea morbidă le pot condiționa conduitele. Cei mai mulți au o fire „mai slabă", labilă, în fața dificultăților, recurgând la drog în mod „terapeutic", din necesitate.

Nu trebuie pierduți din vedere nici factorii de mediu:

● disfuncțiile familiale determină predispoziția consumului excesiv, familia alcoolicului putând fi considerată un sistem mal-adaptativ instabil; printre factorii relevanți ca motivații sau autojustificări amintim: neînțelegeri între parteneri, mergând până la violență și agresivitate maritală, sentimente de culpabilitate, alungări din domiciliul conjugal, infidelitate, disensiuni cu rudele apropiate, pierderi de bunuri, lipsuri materiale, prezența în apropiere a persoanelor invalide, decese, divorțuri.

● factorii socio-profesionali – eșecul școlar, șomajul, condițiile grele de muncă, insatisfacția profesională, insecuritatea serviciului, statutul social necorespunzător nivelului de aspirație și expectație.

● se remarcă de asemenea impactul cultural; în anumite grupuri există ceea ce se numește „presiunea de a bea", care uneori este foarte mare (se începe cu insistențe, spre a se încheia cu ofense; alteori, există o tendință „înduioșătoare" prin care membrii grupului se interesează de fiecare participant la consumul respectiv); aceasta se exercită în virtutea ideii că alcoolul este energizant, oferind forța fizică și putere, pe de altă parte, el fiind un stimulent pentru relaționare; uneori, în medii rurale, subculturale, și copiii sunt crescuți astfel – *„bea, să arăți că ești bărbat"* – sau se ajunge la situații caricaturale de tipul: *„bea, ce ți-e frică de nevastă?"*.

Mulți dintre partenerii cu tulburări sexual-afective în viața intimă acuză alcoolul, neputând totuși să renunțe la acesta. Este ca și cum plăcerea substitutivă, oferită de euforia drogului întrece satisfacția actului în sine. Deși frecvent se gândește *în favoarea* etanolului, accentuându-se aspectele sale pozitive – facilitarea comunicării, înlăturarea barierelor și inhibițiilor psihice și depășirea momentelor dificile – din punct de vedere farmacocinetic, la doze mari, prin impactul cortical negativ, alcoolul afectează erecția.

Ne interesează însă de ce viața de cuplu are ca alternativă „**soluția alcool**" (respectiv, tranchilizante sau orice altă formă a toxicomaniei). Aspectul reliefat este clar – o sublimare insuficientă în alte domenii. Dincolo de aceasta, rămâne a crede că *„lucrurile se vor rezolva de la sine"*. Este doar o falsă senzație ideea că se compensează CEVA, cu atât mai mult frustrarea! Ne punem întrebarea, în ce măsură cel ce recurge la asta crede, într-adevăr, că este o variantă sau, dacă nu cumva, este vorba de un comportament voit de a-și face rău.

Cortegiul tulburărilor organice și psihice declanșate mărește instabilitatea nucleului familial. Dacă este vorba despre o femeie, cu atât mai puțin soțul se va mai putea apropia de ea, văzând aspectele chinuitoare, dar și dezgustătoare ale acestei drame. Și chiar dacă mila este stârnită, barometrul fin ce traduce dorința de stabilitate emoțională în relația cu un posibil partener normal îl va determina să fugă, degradarea căsniciei urmând celei psihice. Să nu uităm că un element fundamental al imaginii sociale negative este reacția emoțională violentă la ideea că o astfel de mamă nu se poate ocupa suficient de copiii săi.

O altă problemă a acestor familii, de care ne lovim la tot pasul, deși este des mascată, este cea a geloziei, întrucât alcoolul micșorează potența sexuală, deși, aparent, crește libidoul.

Un exemplu de frustrare afectiv-erotică ar fi și cazul inginerului T.C., de 39 ani. După cum singur afirma, *„în tinerețe"* a avut o căsătorie fericită. Cu patru ani în urmă, soția „a încercat" o relație cu cineva de la serviciu (cei doi soți lucrând împreună), un bărbat cu poziție importantă în consiliul de administrație. Soțul nu a aflat niciodată „cât de departe" au ajuns faptele, cea în cauză invocând de fiecare dată „o simplă relație între colegi" sau recunoscând că „el i-a făcut avansuri" pe care „a fost obligată" să le primească din cauza statutului său.

Soțul înșelat a recurs la alcool. În prima fază, a stârnit compasiunea soției, care s-a întors la el, renunțând la toate avansările promise profesional. Din păcate, el nu a putut renunța la acest viciu, fiind chinuit în permanență de ideea continuării legăturii dintre cei doi. Povestește cum drogul „îl ajută" să depășească în fiecare zi suspiciunile, convingându-l că, poate, totuși o să fie bine.

Cu toată „forța" dată de alcool, relațiile cu soția se deteriorează din ce în ce mai mult. Se simte vinovat pentru neputința efectuării unui act sexual complet, deși soția nu îi reproșează niciodată (acuzele ei limitându-se la degadarea fizică și psihică). Trăiește acut un greu moment de conflict motivațional, afirmând că ar dori ca ea să-i „reclame" fățiș aspectele vieții intime, căci atunci ar renunța la drog, deoarece între ei s-ar elucida adevărata problemă.

10.2.2. Personalitatea, comportamentul și *drama* alcoolicului

În zilele noastre, sunt din ce în ce mai multe femei care apelează la un psiholog pentru destructurarea relațiilor conjugale, justificată cu naivitate prin sintagme de tipul: *„știți, soțului meu îi cam place să bea"*. Aceasta este aparența, ceea ce sesizăm la primul contact, dar, o dată cu continuarea ședințelor de terapie, sunt scoase la iveală toate jignirile, înjosirile și tragediile unei legături fragilizate, alături de disperarea dată de ideea ireversabilității. Instincul de supraviețuire le învață să dea crezare și să pună

în aplicare *sfaturile* vecinelor „mai cu experiență": *„când te mai bate iar, cheamă poliția și salvarea, venim și noi martori și îl internezi cu forța la spitalul de nebuni".* Situația șochează și trimite în mod acut la **anularea** problemei *liberului arbitru*, în ceea ce privește o astfel de personalitate. Care este **autenticul *bine*** pentru un asemenea bolnav? Dar pentru partenera de viață și copiii ce rămân în urmă privindu-și tatăl „dezorganizat" atitudinal și volitiv? Am ajuns în secolul XXI, când ne mândrim cu „învingerea" universului intergalactic și încă nu am lăsat în urmă victimele acestui *„pervers ajutor"* în depășirea momentelor grele.

Deși ceea ce ne frapează, în general, este *nervozitatea* consumatorului cronic, lucrul care se cunoaște mai puțin de către cei neavizați este că, de fapt, *în adâncul sufletului*, autenticii *băutori* sunt **depresivi**. Analizând printr-o optică exclusiv medicală, acești *nefericiți ai sorții* – excesiv și pe nedrept blamați de familie, prieteni, colegi (căci, la urma urmei, **alcoolismul este o boală** severă și încă fără tratament eficace, în ciuda multiplelor încercări medicamentoase sau psihoterapice) – fie au o anxietate crescută, paroxistică, terifiantă, fie sunt „tociți" și nemodulați afectiv.

În prima categorie intră cei ce au o tentativă conștientă de luptă împotriva propriilor „porniri", încercând să-și domine dependența, iar *frica* are oarecum o componentă puternic fizică, determinată de manifestările sevrajului. Ei își sesizează deteriorarea progredientă și degradarea fizică, percep acut modificările somatice date de metabolizarea alcoolului, angoasa venind „ca o replică" în fața neputinței de a „ține piept" drogului. Ea apare datorită nesiguranței Eu-lui, pacientul devenind mai „liniștit", mai cooperant, în timp ce descărcările tensionale de tip acting-out se întorc asupra sieși și se interiorizează sub această formă. Tot aici s-ar încadra și cei la care anxietatea este dată de asocierea elementelor delirant-halucinatorii, care generează sentimente de groază și poate conduce la acte bizare. Regăsim și agitația psihocomportamentală dictată de faptul că cel în cauză nu realizează ce i se întâmplă, motiv pentru care acționează dezordonat, încercând să se apere de manifestările patologice senzoriale ce-l copleșesc.

În cel de-al doilea grup intră cei ce nu-și recunosc „**aderența psihică**" la alcool, nu resimt nici măcar consumul, pe care îl declară ca fiind *în limite sociale*. Ei nu trăiesc angoasa, ci impulsiunile – sub cele mai variate aspecte: de la cele orale, exprimate ca viciu potator, până la agresivitate și trăsături explozive. Regretele ulterioare sunt date de labilitatea emoțională, care la rândul ei se originează în fragilitatea indusă de alcool. Instabilitatea afectivă, organică i-am putea spune, seamănă oarecum cu cea a pacienților ce au suferit în antecedente un accident vascular cerebral, deoarece ei se înduioșează la lucruri mărunte, tulbură liniștea semenilor pentru ceva neînsemnat și ulterior suferă puternic, căci, o dată cu „descărcarea" și detensionarea, rămâne un vid interior, ce ne explică adevarata lor *„iubire"* deformată.

Structura le este dominată de inadecvanță, stranietate în gesturi și sentimente, plânsul neînțeles alternând cu impulsiunile clastice. Cauza este destabilizarea cenzurii, acești indivizi fiind – primitiv sau recesiv – involuați cultural, insuficient delimitați de mediu, cu un Eu slab și un Supra-Eu aproape inexistent. Dincolo de pertinentele modele de argumentare biochimică, în etiologia alcoolismului cronic, pentru cei în speță, un rol important îl au și modelele culturale – *„a prelua fără a filtra prin propriile decizii"* – specific imaturității. Uneori, *felul* lor *de a fi* sugerează inconstanță în acțiuni, iar atunci când se atinge nivelul maxim, hiperkinetismul evocă anxietatea terifiantă stării de predelirium tremens.

Trăiesc într-o lume imaginară (creată de avatarurile etanolului), prin prisma căreia şi-au reconstruit istoria personală de viaţă. Alcoolicii se sensibilizează când îşi amintesc de părinţi, de fraţi, plâng cu uşurinţă la evocarea aspectelor copilăriei şi cred că au fost crescuţi într-un mediu ideal, când de fapt la bază stau psihotraume ce au facilitat evaziunea într-o dimensiune a pararealităţii, susţinută în prezent prin drogul ce le induce senzitivism şi suspiciozitate, vinovăţie şi culpabilitate majoră, cât şi acea „anestezie" a moralei umane şi sociale, care determină creşterea iritabilităţii, instinctualităţii şi anularea gândirii logice, ei devenind sursă de tensiuni şi agresiuni, prin scăderea criticii faţă de propriile conduite, prin pierderea simţului măsurii şi al tactului.

Profilurile desenate seamănă mult cu cele ale organicilor, prin prezenţa aceloraşi elemente puerile şi prin evidenţierea „fragilităţii" afective (feţe plângânde, copaci cu ramuri lăsate, echivalenţe ale lipsei suportului parental). Evenimentele frustrante sunt puternic şi foarte plastic reprezentate, ceea ce ne determină să concluzionăm că poate fi vorba de o dorinţă deghizată de a-şi face rău (în ultimă interpretare – derepresarea impulsiunilor oralităţii sub influenţa *necazurilor* tardive se manifestă în acest mod autodistructiv). Uneori, toxicofilia poate fi şi o încercare inconştientă, dar aproape întotdeauna nereuşită, de a stârni milă celuilalt („măştile" semnalând revolta şi autocompătimirea iniţiate de faptul că propria regresie şi felul de *a se răni interior* rămân fără ecou în sufletele celor dragi).

Este bine cunoscută inhibarea sexualităţii – tulburările în această sferă fiind frecvente, ceea ce le exacerbează depresia, corelată cu agresivitate şi sadism, deşi, latent, rămâne o mare şi nesatisfăcută nevoie de tandreţe. Impulsiunile – centrale în structura acestor bolnavi – apar fie în prim-plan, când cel în cauză „se descarcă" în prezent, este „puternic", violent, de nestăpânit, fie apar de fundal, când ceea ce se exteriorizează este *frica*. În contactele interpersonale întâlnim o discrepanţă, o „fisură" în personalitatea dependentă de drog, un individ în permanentă căutare, aderenţa polivalentă, pierderea acrosajului la acel *cineva drag* şi regăsirea sub formă patologică a accentuării importanţei acordate zonei orale (dovadă faptul că recurgerea la tutun este, de regulă, asociată).

Alegerile la testul culorilor sunt în majoritatea cazurilor cu violet ca primordial, ei fiind „împărţiţi" între a fi dependenţi – a fi dominaţi. Sunt oameni în subconştientul cărora dramele se dovedesc puternice, ultimele nuanţe alese (şi modul de combinare) indicând consum nervos, cu epuizarea tuturor resurselor compensatorii şi încercarea distorsionată de obţinere a *căldurii* şi *apropierii* prin impunerea forţei şi brutalităţii.

10.2.3. Interferenţe „patologice" şi adaptative familiale şi sociale. O paradigmă recuperatorie

În contextul „crizei existenţiale" ce însoţeşte vârsta de 50 de ani, multe din tulburările psihice care acum îşi fac simţită prezenţa, predominant la sexul masculin, sunt dublate de consumul cronic de alcool... Iar de aici şi până la problematica

dependenței – mai este puțin. Situând aceasta la intersecția „patologiei" individuale, familale și sociale, prezentăm cazul familiei P. :

☒ soțul – alcoolic, în vârstă de 51 de ani, de profesie constructor;

☒ soția – 44 de ani, casnică;

☒ 3 copii, studenți.

Contextul în care apare tulburarea

Până în 1990, relațiile din familie au fost armonioase, standardul economic și statutul social fiind ridicate: o familie tradiționalistă, în care tatăl reprezintă autoritatea, în primul rând prin faptul că era singurul susținător financiar. După Revoluție, dorind să fie în pas cu noile schimbări produse și amenințat cu șomajul, dl P. își deschide o firmă particulară. Eșecurile în administrarea afacerii atrag după sine probleme din ce în ce mai mari, nivelul de trai scăzând rapid. Este punctul care marchează apariția unor relații intrafamiliare disfuncționale: soția, cicălitoare, încercând să-i controleze activitățile profesionale, permanent făcându-i reproșuri; copiii – sunt nemulțumiți de noua situație, devin reci și distanți, intensificându-și pretențiile.

În acest context tensionat și plin de previziuni sumbre, „pensionarea pe caz de boală" apare ca o soluție. În timpul internării și, ulterior, soția, din dorința de refacere a echilibrului căminului, vine cu regularitate pentru ședințele de psihoterapie. Acestea au durat circa două luni, cu o frecvență de două-trei pe săptămână și s-au desfășurat în paralel cu cei doi parteneri (coterapeut – asistent social Mirela Petre).

Simptomul țintă al disfuncționalității a fost dependența – nevoia imperioasă de a bea, peste puterea de autocontrol.

Comportamentul pacientului

Încercând să amelioreze starea financiară dificilă, spre a scăpa de presiuni și discuții, folosește pentru satisfacerea nevoilor copiilor banii destinați altor activități. Intră astfel într-un cerc vicios al datoriilor, nereușind să mai remedieze situația.

Cum imaginea de sine și autoritatea i-au fost diminuate, încearcă să se impună pe orice plan și cu orice mijloace, de multe ori agresive.

Factorii care contribuie la menținerea dependenței

Eșecurile profesionale și atmosfera familială negativă îi accentuează consumul. Soții sunt prinși într-un cerc vicios. Pacientul bea, pentru că „treburile nu-i merg bine"; nu găsește sprijin și înțelegere, iar afacerile nu prosperă, deoarece, având o minte „tulburată de alcool", ia decizii incorecte; viața de cuplu, datorită comportamentului neadecvat și schimbat, se alterează mereu.

Relația devine critică atunci când soția hotărăște ca, pentru un timp, să locuiască separat. Aceasta coincide cu momentul internării.

Strategia terapeutică axată pe soție

Discuțiile s-au purtat în jurul problemelor actuale, minimalizându-se rolul trecutului.

Scopurile au fost:

☒ explorarea comportamentelor specifice vizavi de soț și a stilului de interacțiune;

☒ evidențierea perspectivelor din care este privit alcoolismul și a cunoștințelor pe care ea le posedă despre această boală.

Cum pacientul nu-și recunoștea viciul, i s-au prezentat partenerei principalele tipuri de conduite care favorizează recuperarea. I s-a explicat modul în care atitudinile

sale actuale contribuie la menținerea dependenței soțului, la agravarea situației și la micșorarea șanselor de curabilitate. I s-a cerut evaluarea propriului stil, prin raportare la cel dezirabil.

Atmosfera terapeutică a fost caldă și permisivă, importantă fiind experiența actuală, evolutivă și factorii de ordin afectiv.

Au fost îmbinate mai multe tehnici, realizând un model eclectic, lucru dictat de personalitatea soției – imatură, cu note egocentrice –, procesul propunându-și maturizarea afectiv-emoțională a acesteia, corelată cu „decentrarea" de pe problemele d-lui P.

S-a încercat ***o terapie experiențialistă, axată pe analiză existențială și elemente rațional-emotive***, urmărind ca obiectiv intrapersonal „descoperirea Eu-lui", prin refacerea unității intime „fragmentate". Acest mod de abordare îl considerăm prioritar, căci simptomul țintă al cazului, dintr-un anumit unghi de vedere, reprezintă expresia disperării situaționale.

S-a pus accentul pe:

- ☒ importanța prezentului;
- ☒ conștientizarea senzațiilor;
- ☒ renunțarea la regulile de conduită dictate numai de Eu-l individual;
- ☒ acceptarea propriei ostilități față de tulburarea soțului ca pe un sentiment autentic, diminuându-și astfel culpabilitatea inconștientă;
- ☒ creșterea toleranței la frustrare;
- ☒ flexibilitate în gândire;
- ☒ acceptarea cu mai mare ușurință a incertitudinii; s-a încercat potențarea în timp a expectațiilor sale vizavi de progresele terapeutice ale pacientului, totodată minimalizând semnificația evenimentului perturbator din familie sau, altfel spus, „decatastrofizarea"; se indică părăsirea unor judecăți de genul: *„soțul meu trebuie să renunțe **total** la consum, pentru **totdeauna** și **acum**!"* Această gândire irațională, utopică și absolutistă trebuie „dărâmată", complementar procesului de informare a celei în cauză despre caracteristicile alcoolismului privit ca boală, nu ca viciu;
- ☒ obținerea unei mai mari responsabilități față de propriile probleme emoționale ce-i dictează reacțiile; aria de conștientizare a fost lărgită, soția reușind să înțeleagă dubla „perturbare" ce acționează disfuncțional: pe de o parte, evenimentul în sine (faptul că soțul este alcoolic), iar pe de alta – „perturbările secundare" ce izvorăsc din trăsăturile narcisice și egocentrice de tipul: *„este intolerabil să ai un asemenea soț; de ce tocmai mie să mi se întâmple asta?"*.

De la o ședință la alta, am urmărit ca gradul de direcționare a procesului să fie diferit, pentru ca maturizarea afectivă a celei în cauză să se concretizeze în trăiri intense și plenare. Ultimele întâlniri le-am putea considera (simbolic) ca pe niște „confruntări cu propriul Eu activat", capabil de empatie la nivel superior și deschis acum pentru înțelegerea problemelor soțului.

Strategia terapeutică axată pe soț

Obiectivele pe care ni le-am propus au fost:

- ☒ evidențierea cauzelor ce au generat problemele;
- ☒ conștientizarea consecințelor conduitei sale asupra membrilor familiei.

Încercarea de desfăşurare a terapiei a fost limitată de caracteristicile personalităţii pacientului şi anume: impulsivitate, toxicofilie şi elemente incipiente paranoide. Corelat, se întrezăreşte o frustă regresie comportamentală cu următorul aspect:

> restrângerea orizontului şi creşterea disconfortului cenestezic, centrul atenţiei devenind aspectele potatorii şi senzaţiile adiacente; se distinge o anumită capriciozitate, mergând până la terorizarea anturajului;

> dependenţă fizică şi psihică de alcool, dar şi o „aderenţă" inconştientă faţă de familie; paradoxal, îşi exacerbează aparent responsabilităţile, dar în real acestea diminuează;

> predomină procesele emoţionale de tipul afectelor primare, caracterizate prin intensitate crescută, expansivitate, dezvoltare unipolară, izbucniri de plâns, furie sau chiar veselie nejustificată, uneori, rezistenţă minimă la frustrare;

> agresivitate izvorâtă inconştient din situaţia de regresie;

> anxietate flotantă;

> depresie mascată.

Într-un cuvânt, terapia este îngreunată de evaziunea pacientului în boală (deşi nerecunoscută conştient). Totuşi, ea a vizat *in status nascendi* următoarele aspecte:

Elemente raţional-emotive de tipul:

☒ evitarea unei atitudini prea apropriate (deşi înţelegătoare), pentru „a nu face jocul" acestui bolnav cu trăsături paranoide şi cu nevoie iraţională de afectivitate;

☒ a nu cere furnizarea unui număr prea mare de detalii legate de evenimentele vieţii sale soldate cu eşec şi nereuşită în afaceri, pentru a nu menţime la nesfârşit una din sursele perturbării; într-un următor pas terapeutic, atunci când se vor depăşi barierele rezistenţei, este de dorit concentrarea pe gândurile negative şi pe consecinţele lor emoţionale şi comportamentale;

☒ nepermiterea excesului de speranţe şi potenţarea în timp a minimelor rezultate obţinute cu suportul afectiv al familiei, prin atitudini autosugestive de tipul: *„încet şi cu răbdare, voi reuşi";*

☒ renunţarea la ideea schimbării radicale sau la alte cerinţe ce inconştient respectă legea absolutistă „totul sau nimic"; aceasta trebuie înlocuită cu o atitudine de acceptare a fiecărui neînsemnat dar meritoriu pas spre vindecare.

Pacientul a fost mai deschis spre anumite elemente ale ***tehnicii cognitiv-comportamentale***:

☒ au fost utilizate schimbările de dispoziţie din timpul şedinţelor, pentru a le analiza posibilele cauze;

☒ am încercat să descoperim semnificaţia evenimentelor traumatizante;

☒ pentru distragerea atenţiei de la problema alcoolismului ne-am propus centrarea pe alte aspecte ale vieţii, aparent nesemnificative; astfel, a fost foarte cooperant în încercarea de a respecta un anumit program de planificare a timpului;

☒ în fază incipientă i s-a modificat imaginea proprie prin încercări de tipul: *„cum crezi că ar rezolva alţii această problemă?"* sau *„cum crezi că te văd alţii?";* a fost greu de „manipulat" sistemul perceptiv-autoperceptiv, din cauza trăsăturilor depresive, cu nuanţă interpretativă;

☒ evitarea fixării obiectivelor de neatins;

☒ conştientizarea hiperestimării aparente a propriei responsabilităţi;

☒ centrarea atenţiei şi pe viitor, nu doar pe prezent (aceasta mai ales în crizele de abstinenţă).

Rezultatele obținute până în prezent din intervenția terapeutică sunt:
reîntoarcerea soției acasă;
schimbarea modului de „contact" al celor doi;
atenuarea viziunii nefaste a ambilor asupra alcoolismului;
modificări în plan atitudinal și comportamental;
în ultimul timp, dl P. a avut mai multe perioade de abstinență, care, chiar dacă nu au fost de lungă durata, reprezintă un progres;
în prezent, atmosfera familială este mai liniștită, detensionată;
deși din punct de vedere profesional pacientul nu este reabilitat, neîmpăcându-se cu statutul de „pensionat medical", a început să-și ajute partenera la treburile casnice;
s-au îmbunătățit și relațiile cu copiii, aceștia comunicând mai mult cu tatăl lor, chiar dacă nu în ce privește probleme importante;
frecventând și grupul Al-Anon, dna P. și-a dezvoltat capacitățile empatice, a învățat să fie deschisă spre o comunicare autentică, aflând că nu orice problemă de viață are neapărat o rezolvare „aici și acum", devenind ea însăși un suport coterapeutic în familie.

10.2.4. Limitele psihoterapiei individuale și de cuplu

Este marcantă obsesia dependenței – în ciuda răului fizic – și există consecințe grave, exprimate clinic prin degradarea socio-profesională și deteriorarea intelectuală, tulburări comportamentale, indisciplină față de exigențele locului de muncă, conflictualitate, diminuarea randamentului și scăderea simțului etico-moral, de unde decurg multiple implicații medico-judiciare.

În scopul recuperării și reintegrării sociale a alcoolicului și refacerii cadrului familial, ne-am propus evaluarea eficienței terapiei de tipul „Alcoolici Anonimi" (grup constituit în cadrul secției Neuro-Psiho-Senzoriali, din Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă; coterapeut – asistent social Mirela Petre).

Ideea unei psihoterapii în care un rol important revine soției (soțului) pacientului, s-a născut din necesitatea depășirii următorului cerc vicios: dacă un membru al casei bea, ceilalți vor avea o reacție. Cel în cauză se răzvrătește față de atitudinile lor și se întoarce spre băutură. Se pune astfel în mișcare un carusel al reproșurilor și negărilor, o spirală descendentă. În general, alcoolicul este cel care dirijează acțiunea, „partenerii" reacționează. El își poate susține rolul, numai dacă este „antrenat" de ceilalți. Vrea ca aceștia să-i accepte slăbiciunile și se comportă în consecință, dar nu concepe ca ei să greșească. Se manifestă ca o persoană independentă, insistă să facă ceea ce vrea, dar îi pretinde partenerului supunere totală!

Proiectează vina a tot ce „nu merge" în casă și căsătorie pe celălalt, ce încearcă zadarnic să se adecveze continuu crizelor și neplăcerilor cauzate de alcoolic, făcând tot posibilul ca totul să „iasă" bine. Așa se întâmplă în cazul soției, care îndeplinește mai multe „funcții" – gospodină, infirmieră, medic, uneori ea fiind și cea care câștigă pâinea cotidiană. Toate aceste roluri îi dăunează atât ei (pentru că se supraîncarcă), cât și lui, potențându-i dependența, deoarece totul a fost făcut *pentru* și nu *de către* el.

Prezentăm în continuare cei 12 pași sugerați ca program de recuperare de către Comunitatea Alcoolicilor Anonimi. Aceste trepte reprezintă o sumă de principii,

predominant de natură morală, ce-și propun să-i redea celui în cauză capacitatea de a-și recompune personalitatea, de a fi fericit și util.

În încercarea noastră de aplicare a acestui model terapeutic, am întâlnit însă multiple dificultăți – unele determinate de pacienții înșiși, altele – de ceilalți membri ai grupului (în particular, de cei ce alcătuiesc familia – în majoritatea cazurilor reprezentată prin soție).

Astfel se ridică următoarele întrebări:

1. Pacienții alcoolici cu care ne confruntăm au anumite „particularități" ce îi sortesc din start eșecului recuperării?
2. Funcționează și în cazul acestui diagnostic, cu toată conotația lui negativă, dorința de menținere în *invaliditate*, încât să nu-și dorească recuperarea?
3. Faptul că sunt deja instalate sechele somatice acționează în mintea celui în cauză ca un stigmat de tipul *„oricum, totul este inutil"?*
4. Mediul rural sau muncitoresc, căruia aparțin cei mai mulți dintre pacienți, coroborat cu nivelul subcultural, nu le poate facilita însușirea acestor „postulate" spirituale ce ar trebui să se mențină ca filozofie și mod practic de viață?
5. Personalitatea celuilalt membru al cuplului este atât de modificată de distorsiunile comunicării, dublate de greutățile vieții (nu în puține cazuri soțiile acestora fiind și ele pensionate medical), încât nu se poate restructura spre a-i oferi ajutor bolnavului alcoolic?
6. În ciuda eforturilor psihoterapice, supozițiile biologice asupra alcoolomaniei rămân primordiale, astfel încât rezultatele oricărei forme de „ajutor" sunt efemere, sau, în cel mai bun caz, adjuvante?

Dorind să prezentăm *punctele critice* întâlnite la fiecare din cele 12 trepte necesare de parcurs, trebuie subliniat că rezistențele au fost depășite în proporții variate de fiecare membru în parte. A fost nevoie de momente de reîntoarcere – ca puncte de sprijin, dar, în general, s-a dorit *să mergem înainte,* chiar dacă nu cu deplină convingere a atingerii unui autocontrol perfect.

PASUL 1 – Obiectivul urmărit: interiorizarea ideii ***„am admis neputința noastră în fața alcoolului".***

⇨ **Rezistențe din partea pacientului**

- Chiar atunci când recunoaște consumul, în nici un caz nu realizează corelația intrinsecă cu sechelele somatice (cum ar fi, de exemplu, polineuropatia); probabil la aceasta contribuie și nivelul scăzut de instruire, corelat cu lipsuri în educația sanitară, dar funcționează și un mecanism inconștient de apărare de tipul negației; atunci când totuși „se destăinuie", el încearcă un fel de raționalizare, accentul în relatări fiind pus pe valențele pozitive și pe efectele terapeutice ale drogului, când de fapt acestea constituie bazele toxicofiliei
- „Declararea" neputinței în fața alcoolului reprezintă conștientizarea dependenței, aceasta obligându-l pe cel în cauză să-și „dărâme" percepția deformată a unui Eu „puternic", susținut de concepția: *„sunt un mare băutor; eu rezist";* alcoolicul este un om ce a pierdut enorm în plan relațional-afectiv, atât conjugal, cât și colegial și profesional, ori acest fals mod de a triumfa în lupta cu aloolul *(„eu sunt mai puternic")* este singura lui satisfacție; atât timp cât, prin eforturile individuale, dublate de cele ale familiei și grupului, nu se găsește un substitut pentru o valorizare inconștientă, nu se poate avansa.

⇨ **Rezistențe din partea familiei**

- Partenera unui alcoolic vine la tratament cu ideea: *„soțul meu nu vrea să se lase de băut";* acceptarea neputinței celuilalt în fața drogului este un *insight* terapeutic ce trebuie manevrat cu grijă, căci în acest moment cea în cauză își remarcă, de fapt, singurătatea existențială; faptul că soțul „nu poate" funcționează ca un diagnostic insurmontabil.
- Pe de alta parte, femeia nu acceptă „neputința" bărbatului, deoarece printr-un pattern ancestral ea își rezervă dreptul de a fi singura ce poate avea „slăbiciuni", de a deveni dependentă, de a-i lipsi forța în luptă cu un viciu. Poate că acesta este și motivul pentru care, atunci când se întâmplă situația inversă (soția alcoolică), bărbații sunt mai „indulgenți" și, în situațiile fericite, poate chiar mai încrezători în recuperare. Când este posibilă, atingerea onestității față de sine și recunoașterea pierderii autocontrolului asigură trecerea la pasul următor, deoarece începutul – ca orice început – este cel mai greu.

PASUL 2 – *„Cred că o putere superioară mi-ar reda sănătatea psihică"*

⇨ **Rezistențe din partea pacientului**

- Reprezintă momentul de „cerere a ajutorului", care dacă este înțeles în sens laic – este vorba de așteptarea unei consultații medicale. Rezistența apare din sentimentul rușinii, al umilinței, al conotațiilor negative ale etichetei de alcoolic; din păcate, acestea sunt justificate, căci și în rândul medicilor funcționează o anumită superficialitate dictată din rădăcini peiorative de tipul: „e un bețiv"; atitudinea să fie oare generată de degradarea fizică și de elementele de deteriorare ale celui în cauză sau din convingerea doctorului că toate eforturile sale sunt zadarnice, căci cel în cauză nu are forța necesară în fața tentației recăderii?

Cererea unui suport spiritual este îngreunată de nivelul subcultural, submediu al majorității alcoolicilor, ce trăiesc într-o ignoranță și degringoladă existențială care nu le poate asigura accederea psihică la una din formele Dumnezeirii. Or, alianța cu o putere superioară este necesară mai mult ca oricând, în lupta cu un viciu ce „lovește" la nivel „biochimic". Introducerea Divinității ca sprijin a fost sugerată din dorința de a găsi ceva mai puternic decât substratul enzimatic ce dictează și condiționează dependența fizică și psihică a alcoolicului.

⇨ **Rezistențe din partea familiei**

Sunt minime în această etapă, mai ales că alianța cu medicul sau cu *o forță demiurgică* îi distruge soției sentimentul singurătății, aducându-i totodată o rază de speranță.

PASUL 3 – *„Am hotărât să ne lăsăm voința și viața în mâinile unui Dumnezeu – așa cum și-L închipuie fiecare dintre noi"*

⇨ **Rezistențe din partea pacientului**

- Acum, tot ce înseamnă rezistență izvorăște din „umbra amintirilor"; pacientul își dă seama că, de fapt, alcoolul este o problemă ecran, în spatele căreia se ascund multe altele, de care el a vrut să scape; acest *insight* îi pune în pericol proaspăta abstinență.
- Apare în prim-plan insecuritatea financiară, „grație căreia" drogul devine o nouă pavăză.

⇨ **Rezistențe din partea familiei**

- Sunt de fapt dubitații legate de posibilitatea sau imposibilitatea restabilirii „punților rupte"; ideea de Dumnezeu este absolut necesară; pentru pacient, simbolizează „forma blândă și de acceptat" a unei autorități de care personalitatea sa imatură, instabilă, dominată de anxietăți și depresii neconștientizate are nevoie; pentru parteneră reprezintă un refugiu dorit.

Este un moment ce eliberează voința, evitându-se suprasolicitarea și cerințele absolutiste de tipul: *„vreau să reușesc acum și cu orice preț"*, deoarece energia volițională trebuie „dozată" în lupta cu timpul următor.

PASUL 4 și PASUL 5 – *„A realiza fără teamă un inventar moral al propriei persoane" și „a mărturisi greșelile"*

⇨ **Rezistențe din partea pacientului**

- Este dureros de „scos la iveală" părțile negative ale firii, greșelile, defectele, resentimentele dublate de jenă – cu atât mai mult cu cât aceasta se face în fața membrilor grupului; dărâmarea zidurilor orgoliului (aparent infailibile, în condițiile disforiei anterioare) solicită un mare efort de autocontrol; astfel, ciuda, dușmănia, Ego-ul rănit dau întotdeauna motive *pro băutură*.
- Majoritatea alcoolicilor suferă grav povara maniei autojustificărilor sau a egocentrismului: fie țin cu orice preț să-i domine pe alții, fie depind prea mult de ei; din păcate, acest tip de comportament blochează posibilitatea relaționării cu partenerul.

⇨ **Rezistențe din partea familiei**

- Se originează în traumele narcisice produse de aflarea *structurii* celuilalt; aceste adevăruri crude, descoperite de toți, rănesc, nemaiasigurându-i forța necesară susținerii partenerului.

PASUL 6 și PASUL 7 – Exprimă dorința de a scăpa de „patimi", este etapa trecerii de la copilărie la maturitate, căci ***„cu umilință ceri Domnului îndreptarea defectelor"***.

La prima vedere putem consideră că dacă au fost depășite primele cinci trepte, în continuare blocajele vor fi minime. Rămâne totuși în discuție problema asumării responsabilității. Când putem considera momentul optim al renunțării la Divinitate ca instrument de protecție, în schimbul unei reconstrucții voluntare și conștiente? Prelungirea „legăturii" cu o putere Superioară poate facilita o recădere prin deficit de mobilizare a voinței, iar rezistența poate apărea sub forma paradoxală, de tipul: „voința mea este în mâinile Domnului", afirmație ce ascunde de fapt refuzul de a „crește".

PASUL 8 și PASUL 9 – *„Repararea greșelilor din relațiile interpersonale"*

⇨ **Rezistențe din partea pacientului**

- Principalul obstacol este jena de a admite în fața altei ființe erorile, mai ales că de multe ori funcționează inconștient mecanisme proiective de tipul: *„celălalt a avut un comportament incorect"* – scuză perfectă pentru a minimaliza sau a da uitării propriile conduite! Se poate ajunge la situații în care reluarea legăturii cu cei din trecut să nu fie intrinsec motivată, ci efectuată cu răceală și scepticism, din lipsa curajului și a prudenței.
- În general, oamenii își recunosc cu mai multă ușurință impulsiunile auto- decât pe cele heteroagresive; alcoolicul sesizează răul fizic și psihic pe care și l-a

produs, dar cu mai mare dificultate acceptă că violența și propriile minciuni i-au privat pe cei dragi, nu doar de bunuri materiale, ci și de securitatea emoțională și pacea sufletească.

- Chiar și atunci când se încearcă împăcarea, rămâne o minimă gândire de tipul: *„și celălalt este răspunzător".*
- Un alt tip particular de rezistență ar fi când cel în cauză își „raționalizează" faptele, dar nu poate sesiza legătura inerentă cu consecințele.
- Riscul îl constituie virarea spre cealaltă extremă: de la iritabilitate, critică, nerăbdare, dominanță se poate ajunge la deprimare și autocompătimire – ce îi afectează pe cei din jur în aceeași măsura.
- Alteori, este vorba de nesiguranță și neîncredere în noul mod de viață, astfel încât nu are curajul să convingă anturajul de schimbarea sa în bine.

⇨ **Rezistențe din partea familiei**

„Simbioza relațională" dintre alcoolic și soție o face pe aceasta să resimtă acut timiditatea, umilința, deprimarea, în raport cu toate actele necugetate ale bolnavului. De teama nesuportării momentelor de „inventariere" a greșelilor, prin care se rememorează trecutul, ea îi cere acestuia (conștient sau nu) să renunțe la încercarea de a le repara. Este oarecum indusă în eroare de vechile convingeri ale celuilalt, în legătură cu deficitele lui relaționale: *„nu le cere scuze; și ei sunt vinovați".*

PASUL 10, PASUL 11 și PASUL 12

Reprezintă împăcarea cu trecutul și transmiterea mesajelor către alții.

În ultimele etape, soții aflați la psihoterapie reacționează similar și aproape unitar în modul de potențare a beneficiilor obținute sau în exprimarea rezistențelor:

- Există mecanismul inconștient al negării trecutului sau al minimalizării faptelor și efectelor negative;
- Funcționează teama că dificultățile zilei de mâine nu pot fi întâmpinate;
- Revizuirea constantă a atitudinilor devine „obositoare";
- Există o incapacitate de a face diferența între sentimentele de supărare reale, provocate de o situație oarecare (și perfect justificabile ca reacții umane!) și agresivitate, iritabilitate, irascibilitate, mânie exagerată. Cel în cauză ajunge la confuzii, când și o ripostă firească este situată sub întrebarea: *„dacă mi-am pierdut autocontrolul?";*
- Persistă frica de a nu-și putea stăpâni labilitatea emoțională;
- Ideea de abstinență este extinsă și la alte sfere – din dorința de a nu greși și de a fi perfect (de exemplu, într-o dispută, chiar și atunci când au dreptate, se abțin de la a spune);
- Se menține un anumit senzitivism, astfel încât orice critică prezentă, deși pertinentă, trimite cu gândul la stigmatele trecutului și la teama de a nu reedita același tip de relații disfuncționale.

La sfârșitul acestui ciclu de 12 pași, rămâne totuși, în virtutea unui beneficiu inconștient, dorința de autojustificare, generată de lipsa graniței dintre „consumul social" și dependență: **„Eram niște artiști rafinați în inventarea de alibiuri. Trebuia să bem pentru că vremurile erau grele sau erau bune. Trebuia să bem pentru că în căminul nostru era multă iubire sau nu era deloc. Trebuia să bem pentru că la serviciu aveam mari succese sau eșecuri zdrobitoare. Nu ne-a trecut niciodată prin cap că era nevoie să ne schimbăm pe noi înșine, ca să facem față situațiilor de orice natură".**

În loc de epilog...

Sunt sub corola de vise povară
şi-ngemănat,
cu rostuirile mele în spate,
te aştept ***ca să trecem.***

A fi *sau* a nu fi – un acut înțeles

Sugestibilitatea este o *nevoie psihologică* – uneori în cele mai intime clipe ale existenței, alteori, în momente dramatice, puternic încărcate afectogen, atunci când este pusă în pericol ființarea însăși. Transcultural privind, aceasta este crescută la femei, la copii și bătrâni, întâlnindu-se în diferite grade, fără excepții, în *rolul de boală*. Este vorba despre o regresie emoțională și comportamentală, asociată cu îngustarea câmpului conștienței, atunci când atenția rămâne centrată preponderent asupra anumitor aspecte *sau*, altfel spus, *când receptăm din realitatea înconjurătoare numai acele idei, comportamente și atitudini ce sunt în concordanță cu dorințele, preocupările, așteptările noastre*, atunci când întregul ***fel de a fi*** ni se modifică, ajungând să primim *„comenzi"* și să reacționăm fără critică, în virtutea convingerii că *„celălalt știe mai bine cum mă poate ajuta, el deține controlul"*. În orice formă de **terapie** funcționează și este necesară o anumită doză de sugestibilitate – acea nuanță de *imaturitate* a pacientului în raport cu experiența, competența și poziția socială a medicului (G. Ionescu, 1998), reproducând schema dependenței timpurii a copilului față de adulți, în aceeași manieră de a aștepta ca *totul să vină din afară*, *„a te lăsa în mâinile celuilalt"* și *„a-i urma cu credință sfaturile"*.

Mai dureros este atunci când ne confruntăm cu situația aflării unui diagnostic infaust, unei boli incurabile, când *„fazele de doliu"* sunt trăite diferit, în concordanță cu structura afectivă, cognitivă și axiologică a celui ce-și deapănă dramatic gândurile raportate la finalul propriei existențe. Prima reacție cvasiîntâlnită este aceea **de negare**, atunci când afirmi firesc: *„nu poate fi adevărat, cu siguranță medicul se înșală!"*. Urmează apoi un adevărat periplu, o perpetuă și disperată căutare *a cuiva* – partener de viață sau prieten, doctor sau „vraci", ce ar putea să infirme implacabilul *sfârșit*. În această perioadă de tatonări, când încă totul este incert – *formă, stadiu, posibilități terapeutice și prognostic* – se găsește cu ușurință acel *cineva* ce poate înlocui prezumția și oferi speranțe *la începutul unui dureros și nesigur drum întru vindecare*. Ne întrebăm atunci: ce altceva decât *sugestibilitatea* i-ar putea face pe acești nefericiți să-și nege cu ardoare soarta? Familia se întreabă înfrigurată: *știe* sau *nu știe?* Și care ar trebui să fie cea mai bună atitudine? De ambele părți se cheltuie o imensă implicare fizică și psihică în complicate disimulări, în care *el **se face că nu știe**, în timp ce ceilalți **se fac că nu-i adevărat*** – ca un joc *de-a v-ați ascunselea*, în care bolnavul „luptă" cu familia și, nu în ultimul rând, cu moartea însăși.

Urmează **faza de revoltă**, din perspectiva acelui *„De ce **mie**?"* sau *„De ce **eu**?"*, când încă mai există suficiente rezerve energetice, întreţinute de justificata agresivitate inconştientă, ce funcţionează ca urmare a *instinctului de supravieţuire.* Acum *se amplifică Eu-l* prin acel mecanism de *self-inflation,* în care cel în cauză îşi retrăieşte succint, dar intens realizările tinereţii, dublate de accentuarea egoistă a calităţilor. Rănirea **nucleului existenţial** prin punerea la îndoială a supravieţuirii îl aruncă în autism, răutate şi egocentrism – sentimente negative, proiectate haotic asupra anturajului în gânduri sterile de tipul: *„...Eu care am fost cinstit, harnic, mi-am respectat familia, serviciul... Doamne, cum am avut parte de asta?... Vezi-l pe X, care a furat, a minţit, nu l-a interesat decât să-şi atingă interesele... şi uite-l ce sănătos e şi cum se bucură de viaţă!..."*

Atitudinile sunt dictate de necesitatea găsirii *unui vinovat,* în conformitate cu mentalitatea primitivă, arhaică, ce intră *în acţiune* în experinţe limită, când se aboleşte superioritatea ştiinţei dobândite prin cultură şi civilizaţie, individul ajungând să gândească asemeni omului primitiv – văzând în tot ce i se întâmplă *farmece, vrăji* sau *blesteme.* Explicaţiile la care se face apel sunt banale, fiind invocaţi exact aceia cu care bolnavul a avut cele mai strânse contacte – *„...dacă nu m-aş fi dus atunci în vizită la Y... dacă n-aş fi mâncat ce mi-au oferit alţii..."* Se regăseşte o ură instinctuală, acţionând diabolic la pragul conştiinţei, împotriva *celorlalţi* – din păcate, chiar a familiei altădată mult iubite – a tuturor *ce au avut şansa de a rămâne sănătoşi.* Această etapă – în care întregul chin este raportat la un simplu medicament sau aliment, o întâmplătoare excursie sau un eveniment accidental (de cel mai multe ori **şi** fericit!) – este universal întâlnită, indiferent de pregătirea sau statutul profesional anterior al pacientului, fiind regăsită inclusiv în cazul bolnavilor, ei înşişi medici, dar pentru care *regresia* şi *sugestibilitatea* le blochează raţionamentele mature. Este mai uşor să crezi că X sau Y sau Z sunt de vină, decât să înţelegi crudul mecanism existenţial sau acea glumă empirică în care *Dumnezeu joacă zaruri.* Acceptarea unui destin aleatoriu ne încorsetează mijloacele de auto- şi allocontrol, ori, din leagăn şi până în ultima secundă a vieţii, ne dorim cu ardoare **să trăim într-o lume previzibilă.**

Fiecare din noi inventează sau se raliază la acele întâmplări ce-i ies în cale şi care ar putea să-i lase impresia *de a fi mai puternic,* de a deţine *un plus informaţional,* care, cândva, i-ar putea fi de ajutor. *Unii* se refugiază într-un fanatism religios, aflându-şi aici echilibrul, dragostea şi căldura ce le-au lipsit, în timp ce *alţii* devin doctori şi se afundă în studiul riguros al mecanismelor fiziopatologice implicate. Chiar şi apelarea la acele tehnici de bioenergie *sau* tentaţia mult răspândită actualmente de a face psihoterapie – nu sunt decât încercări timide şi, dintr-o altă perspectivă, *de a accede la viaţa veşnică* sau, cel puţin, de a lăsa individului senzaţia că-şi poate domina existenţa, mai mult decât cel de lângă el. Este forma modernă de luptă acerbă, atunci când a deţine câteva cunoştinţe în plus devine sinonim cu a supravieţui.

Adânc dominat de firea omului *de altădată,* atunci când **a fi** sau **a nu fi** capătă cel mai acut înţeles, individul ajunge la **negocieri** cu *Dumnezeu,* în care oferă „jertfe", spre a câştiga eliberarea de boală – *„...dacă fac cutare* sau *cutare lucru, poate că totuşi o să mă fac bine..."* Această implicare acţională reduce din tensiunea şi ostilitatea anterior resimţite, recanalizându-i energia în variante pozitive ale înfruntării ultimelor luni. Însă, nu întotdeauna poate fi atinsă seninătatea acceptării fatumului şi trăirea cu demnitate a vieţii **până la capăt**, de multe ori bolnavul terorizând anturajul cu propria-i suferinţă, cu reproşuri, nesupunere, dominaţie şi autoritarism, ameninţând frecvent cu

suicidul – parțial dictat de *condiția decăderii sale umane*, parțial ca o introiectare a agresivității resimțită față de *ceilalți*, care, în ciuda durerii morale resimțite, ***deocamdată*** și ***încă*** trăiesc.

„*A muri* înseamnă *a pleca puțin*" (un disperat și inutil travaliu)

A considera realitatea ca pe un domeniu relativ restrâns al fantasticului reprezintă o tendință premanifestă, latentă, incomplet satisfăcută a inconștientului colectiv supratensionat. Adaptarea la forțele exterioare, supunerea principiului hedonic și refularea ca formă de obținere a autocontrolului exprimă simbolic „complexul așteptării" întru evadarea din patternurile rigurozității și austerității științifice, dărâmarea paturilor procustiene și situarea pe pozițiile paraexistenței mitologice, în acel univers în care erotismul coexistă cu o voluptuoasă și aparentă castitate.

Postulând bipolaritatea ca formă apriorică de guvernare a micro- și macrocosmosului, regăsibilă dureros în ipostazele majore ale umanității – de la dihotomia biblică BINE-RĂU, la ruminațiile hamletiene, în care dubitația asupra „utilității" ființării devine sterilă și până la scindarea individualității unitare a Eu-lui în instanțele psihanalitice ale primei topici freudiene – nu facem decât să renegăm armonia – ca formă superioară de autoîmplinire. Din această perspectivă, păgânismul, ca „replică" primitivă a religiei monoteiste, oferă o distribuție a sacrului „în chip larg" și fără a necesita în mod absolut strădania conștiintei (M. Augé, 1995). Operațiile ritualice au caracterul unor manipulări fictive, în care totul are o trimitere directă la pulsiunile sexuale că se sprijină pe instinctul de supraviețuire. „Judecarea" umanității în termeni de: ucidere, agresivitate, impulsiuni și primordialitate scurtcircuitează OMUL ca potențial de maturizare, valorizare și autoactualizare, aruncându-l în temnița anomică a mentalității sălbatice a lui Levi Brühl. Ambivalența, ca *modus vivendi* al inconștientului personal și colectiv, poate fi împărțită simbolic între cele două direcții vectoriale: pulsiunea de moarte și tanatofobie.

Târgul cu Divinitatea **sau** ***disperarea inconștientului ritualic***

Tulburarea obsesiv-compulsivă reproduce schema gândirii păgâne, în virtutea căreia sensul decurge din forță. Pe de altă parte, primitivul sesizează mai exact autentica dinamică intrapsihică și modul de operare al sufletului în logica fuzzy – acolo unde nu există „absolut", căci în fiecare coexistă mai multe „entități" înzestrate cu o relativă autonomie. Inexistența dualismului suflet–trup face imposibilă ierarhia puterilor spirituale și autoritatea unică asupra sinelui (M. Augé). Reminiscența logicii păgâne în comportamentele cele mai personale ale obsesivului se datorează introducerii dialecticii în miezul cel mai ascuns al conștiinței. Sadismul și masochismul – cu nevoia sa de pedeapsă – nu sunt decât alternative ale „agresivității" cizelate prin cultură – ale căror baze sunt, fără îndoială, dorința de ucidere și setea de sânge a omului primitiv, conform afirmației lui Menninger: *„nimeni nu s-a gândit să se sinucidă, înainte de a se gândi să ucidă".* Astfel, reprezentările obsesive ce bântuie imaginația psihastenicului decompensat nu reprezintă decât întoarcerea agresivității spre sine, repliere ce crește ostilitatea interioară, în timp ce complexul originar sado-masochist este trăit prin sentiment de culpabilitate și nevoie de pedeapsă. Înrădăcinat în joc și mimetism,

ritualul – ca activitate de continuă negociere cu „natura" situată în exteriorul psihismului, reduce tensiunea emoţională prin proiecţia sentimentelor negative asupra unei Divinităţi simbolice.

Raportul impulsiune-compulsiune reia dilema ancestrală: **a ataca – a se apăra**, căci funcţia fabulatorie a imaginaţiei reprezintă în acest caz un rest de instinct ce subzistă în jurul inteligenţei, cunoscută fiind optica frazeriană, conform căreia *„magia reprezintă o precauţie a naturii împotriva unor pericole ce ameninţă fiinţa inteligentă".*

Perfecţionismul comportamental se sprijină pe contradicţia intrinsecă: **dependenţă – dorinţă de a controla,** eliminând satisfacerea infantilă a nevoii de tandreţe. Finalitatea principiului conform căruia „extremele se ating" devine astfel întruchiparea zeiţei Kâli, ce reuneşte distrugerea cu dorinţa sub egida sexualităţii (J. Evola, 1994). Analizând acel fond de reprezentări mentale primordiale, regăsim o enciclopedie de rituri general-antropologice ale fiinţei umane, ce conturează paradigme „infralogice" pentru o multitudine de situaţii umane de tipul: supliciu, răzbunare, victimizare, adversitate. Ritualurile, ca nucleu al nevrozei obsesionale, din punct de vedere metafizic reprezintă soluţia iluzorie pe planul nietzschean pentru acea nevoie de confirmare şi integritate ontologică sau, analizând prin prisma conceptelor lui Levi Brühl, de „compensaţie", „ispăşire", „implorare" – nevoia de elemente previzibile, dorinţa de A CONTROLA VIAŢA.

Acceptarea realităţii agresive* sau *depresia inerentă condiţiei umane

Sugestibilitatea, regăsită la diferite intensităţi în întreaga dinamică intra-psihică, repetă la nivel individual panorama situaţiilor magice arhetipale, având în vedere că hermeneutica etnologică, ce trimite la străfundurile ritualice, suprimă geneza anxietăţii. În situaţii puternic încărcate afectogen, atunci când se pune în pericol fiinţarea însăşi, regresia emoţională o induce şi pe cea cognitivă, contrazicându-se astfel ireversibilitatea stadialităţii piagetiene a inteligenţei. „Târgul" cu Divinitatea simbolică se reduce la ecuaţia bazală a umanităţii: A FI SAU A NU FI, ca o dramă sacră, exteriorizată în gesturi primitiv-magice – similar omului „de altădată" care, imaginând zei-umani, magicieni-regi sau animizând obiecte, voia să acţioneze asupra curgerii univoce a timpului rostitor. Sugestibilitatea – ca manieră general-umană de organizare a universului fantasmatic în situaţia în care impunerea evidenţei dureroase devine de nesuportat – este o caracteristică a reîntoarcerii sub zodia oralităţii, atunci când implorarea Divinităţii sau oferirea de „jertfe", a căror chintesenţă este imensul consum de energie fizică şi psihică investită în ritualuri, nu constituie decât diferite faţade ale luptei inconştiente împotriva abandonului iniţiatic. Dacă existenţa este pusă sub semnul „îndoielii", în cel mai pur sens al termenului, problema „liberului arbitru" capăta noi valenţe sub amprenta regresiei şi sugestibilităţii, individul afirmând, neputincios, similar eroului din „Magicianul" – deşi într-o altă dimensiune a spaţiului rotitor: *„cel cu masca, el manipulează... eu... veşnic damnat Icar... un plătit de timp"* (J. Fowles). Echivalentul clinic al negocierilor cu Divinitatea se modifică atunci când, resimţind apropierea sfârşitului anatomic şi spiritual – bolnavii cer, la schimb, morfină, ca o lume imaginară, oferită drept compensaţie pentru dezastrul biologic. Similar, disperarea şi agresivitatea bătrânului sunt mistic surprinse în dorinţa de a fi muşcat de un animal sălbatic (descriere metaforică – fotografică şi literară – realizată magistral în filmul „Lupul").

Mecanismele Eu-lui se manifestă egocentric, introiectând agresivitatea primară drept atela simbolică a instinctului de supravieţuire. Eu-l devine atotputernic şi

ubicuitar, identificându-se cu dorințele sale proiectate și făcând abstracție de realitate. Această stare critică, numită „criza intro-proiectivă", este regăsită la Levi Brühl ca „participare mistică", suprapunându-se parțial cu „identitatea arhaică" a lui Jung. Negăsirea unui substitut al vitalității finalizează căutarea mefistofelică a „tinereții fără bătrânețe și a vieții fără de moarte", prin „aruncarea" bătrânilor într-o gândire autistă și ireală ce creează impresia depresivului „căzut" în timp. Este o închidere în propriul cerc, cu limitarea maximală a posibilităților de comunicare cu lumea exterioară, de teamă ca nu cumva tinerii să-i „fure" ultimele rezerve energetice în discuții superficiale, sterile, *„departe de ținta întregii explorări, aceea de a atinge începutul și de a-l afla întâia oară"* (J. Fowles).

Întâlnim conturată aici personalitatea bătrânului regăsit în real (total opus arhetipului jungian, ca mit originar al umanității), redată sintetic în mortificarea valorii de sine, când exprimarea sentimentelor se transformă în implozie, accentuându-i prăpastia interioară, când conținuturile psihice sunt proiectate datorită izolării, când se accentuează narcisismul primordial și subiectiv al tinereții îndepărtate. Bătrânul devine caracterizat de un comportament de nesupunere, dominație, autoritarism – ce trece bariera realității, opoziție încăpățânată și dorința de a avea întotdeauna dreptate. Trăirile emoțional-tensionate, cu manifestări psiho-somatice se proiectează răzbunător „în afară" printr-un mecanism defensiv caracteristic: îngustarea conștiinței și stupoare, acumulându-se afecte negative.

Transcenderea Eu-lui* sau *situarea pe pozițiile Demiurgice

Lucrul de care trebuie să ne temem cel mai mult noi, oamenii, este acela că, oricât am încerca o rezolvare a multiplelor probleme, rămâne transcendentul mutual al irealului, unde, chiar atunci când vom ajunge, suntem din start pierduți. Multiplicitatea gândurilor sacre ne copleșește, cu același privilegiu etern și posac... și simțim iarăși autocompătimirea universală. Cetatea noastră se lasă prea ușor cucerită și întreg arsenalul de gânduri nu e decât un cod nătâng al demersurilor noastre către rațiunea pură. Dar, cum puritatea se mișcă deznădăjduit în profunzime, ne rugăm de stele să ne uite o clipă, și, odată scăpați de sub aripa „oblăduitoare'" a cerului, să nu încetăm de a fi noi. Simțim răscolirea sanctuarului cu iluzii părăsite, ca și cum viața noastră ar fi extrem de simplă, doar imaginația vacuității supercomplexe ne străfulgeră vulgar monotonia.

Trăim uneori clipe aspre, acute, de puritate. Sunt momente zdrobitoare ce ne copleșesc personalitatea până într-atât încât devenim absenți, o absență blajină, abia perceptibilă de cei din jur. Lumea se învârte caraghios în căutarea pacifistului verb „A TRĂI". Lumina palidă a ființei renăscând tânjește după libertate, o libertate târzie, stranie și caldă. Dacă Pământul ar obosi într-o zi, noi am râde de el ca de un copil ce se împiedică de o jucărie, ne-am privi în oglindă și până să ne pese de ziua de mâine, ne-am mai răscoli puțin trecutul – măcar să știm de ce ne doare.

...Un drum... ce pleacă de nicăieri și duce spre niciunde...

Ne gândim în fiecare an cum ar fi dacă viața noastră ar fi mai lungă. Sau dacă am putea exista ca pribege efemeride în Univers. Sau dacă, pur și simplu, am fi ALTFEL. Nu contează cum: mai buni, mai răi, mai puternici, mai slabi, mai naivi sau mai sobri, dar, oricum, să fim ALTFEL. Fiecăruia i se pare că viața ar fi mai simplă dacă și-ar descoperi ALTER EGO-uri, dacă altul ar suferi pentru el sau, chiar, dacă... ar trăi pentru altul. Ni se pare mereu că avem un rol neînsemnat, necunoscut, minimal, comparativ cu eternitatea cinică. Am vrea să ne transformăm, să cunoaștem acel divin ALTCEVA.

Este copleşitoare neliniştea pe care o simţim acut la contactul cotidian cu... realitatea. Ne izbim de probleme fireşti, dar pe care frica noastră de autodistrugere prin civilizaţie ne impune să le considerăm majore. Şi negăsind nici un mijloc eficient de rezolvare instantanee a greutăţilor zilnice – nerăbdarea ne împinge să evadăm în ireal; o nanosecundă suficientă să conteste existenţa noastră banală în prezent şi gata... imaginaţia este capabilă să facă prima divagaţie spre o lume accesibilă tuturor şi, în acelaşi timp, atât de departe.

De la „Ţara Minunilor" a lui Alice şi până la spaţiul vectorial, nu e decât o diferenţă de nuanţă. Această lume ne aparţine mai adevărat decât tot ce e palpabil împrejurul nostru: lumea perfectă, lumea în care oricine are dreptul la replică, lumea lipsită de diferenţe ori stratificări sociale, lumea în care poţi fi oriunde şi oricine şi, în acelaşi timp, poţi fi tu însuţi sau nimic. Acea fază a conştiinţei care îţi rezervă dreptul de a te autodistruge şi crea din propria materie – la fel de material şi, totuşi, mai imaterial ca niciodată.

În această lume, fericirea nu este limita spre care tindem (după cum încercăm noi o reprezentare stângace a idealului), ci este chiar sursa ce generează şi ne întreţine câmpul conştienţei.

Am căutat „Corabia nebunilor"; am căutat-o cu disperarea cu care caută însetatul apă în mirajele deşertului; ne-am întrebat unde ne poate duce această orbecăire printre semeni. Dihotomia dintre principiul realităţii şi principiul plăcerii ar putea fi învinsă? Dar certitudinea capacităţii noastre reprezentatorii am putea-o avea vreodată? Ne întrebăm cu suspiciune: ce ne determină să credem că existăm – posibilitatea de percepţie, puterea reprezentărilor cognitive, intercolerarea acestora în funcţii superioare complexe sau, pur şi simplu, un instinct format din timpuri imemoriabile? **Izvor de fericire întreagă de-ar fi viaţa asta şi tot ne rămâne dreptul, adjudecat aprioric, de a ne contesta existenţa. Iar Dumnezeul fiecăruia stă şi judecă, înţelept şi cuminte, bine şi rău, cu dor şi cu frică, aşa cum îi stă bine fiecărui Dumnezeu.**

Bibliografie selectivă

1. **Arseni C., Popoviciu L.**, „Epilepsiile", Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1984
2. **Augé Marc,** „Religie şi antropologie", Editura „Jurnalul literar", Bucureşti, 1995
3. **Birraux Annie**, „Psihanaliză" – note de curs, 1999.
4. **Bydlowski Monique**, „Psihanaliza maternităţii", Editura Trei, Bucureşti, 1998
5. **Cosmovici Andrei, Iacob Luminiţa,** „Psihologie şcolară", Editura Polirom, Iaşi, 1999
6. **Dolto Françoise,** „Psihanaliza şi copilul", Editura Humanitas, Bucureşti, 1993
7. **Ernest Dichter,** „Motivations et comportament humain", Editura Publi-Union, Paris, 1971
8. **Evola Julius,** „Metafizica sexului", Editura Humanitas, Bucureşti, 1994
9. **Fowles John,** „Magicianul", Editura Univers, Bucureşti, 1988
10. **Frazer James George,** „Folclor în Vechiul Testament", Editura Scripta, Bucureşti, 1995
11. **Golu Pantelimon,** „Psihologie socială", note de curs, 1992
12. **Horney Karen,** „Direcţii noi în psihanaliză", Editura Universul Enciclopedic, Bucureşti, 1995
13. **Ionescu Gheorghe,** „Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie", Editura Asklepios, Bucureşti, 1995
14. **Ionescu Gheorghe,** „Psihiatrie", note de curs, 1998
15. **Laplanche Jean, Pontalis J.B.**, „Vocabularul psihanalizei", Editura Humanitas, 1994
16. **Milea Ştefan** (sub redacţia prof. dr. Pătru Meilă, conf. dr. Ştefan Milea), „Tratat de Pediatrie", volumul VI, Editura Medicală, Bucureşti, 1988
17. **Minulescu Mihaela,** „Tehnici proiective", note de curs, 1994
18. **Mitrofan Iolanda, Mitrofan Nicolae,** „Disfuncţii globale şi specifice în adoptarea şi exercitarea rolurilor conjugale", Revista de Psihologie nr. 2, 1989
19. **Mitrofan Iolanda, Mitrofan Nicolae,** „Disfuncţii specifice ale structurii de rol conjugal", Revista de Psihologie nr. 4, 1989
20. **Mitrofan Iolanda, Mitrofan Nicolae,** „Elemente de psihologie a cuplului", Editura Şansa, Bucureşti, 1994

21. **Mitrofan Iolanda,** „Violenţa familială între disimulare, deconspirare şi impact psihopatogen", în volumul „Aspecte comune medico-legale şi de evaluare a capacităţii de muncă a traumatizaţilor prin agresiune şi accidente" editat sub egida Academiei de Ştiinţe Medicale şi a Societăţii Române de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă, 1996
22. **Neacşu Ioan,** „Civilizaţie şi conduită", Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1987
23. **Neacşu Ioan,** „Pedagogie", note de curs, 1992
24. **Oană Sever Cristian,** „Prezentarea studiului de euro–comunicare. Relaţia medic–pacient", comunicare susţinută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă" desfăşurat sub egida Fundaţiei Române „Acţiune pentru sănătatea femeilor", cu sprijinul Reprezentanţei Speciale UNICEF în România şi al Ambasadei Canadei
25. **Oancea Constantin,** „Introducere în consiliere", note de curs, 2002
26. **Schaffter Tim,** „Metodologia formării în comunicare", comunicare susţinută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă", desfăşurat sub egida Fundaţiei Române „Acţiune pentru sănătatea femeilor", cu sprijinul Reprezentanţei Speciale UNICEF în România şi al Ambasadei Canadei
27. **Tudose Florin,** „Comunicarea – condiţie fundamentală a propedeuticii medicale", comunicare susţinută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă", desfăşurat sub egida Fundaţiei Române „Acţiune pentru sănătatea femeilor", cu sprijinul Reprezentanţei Speciale UNICEF în România şi al Ambasadei Canadei
28. **Tudose Florin,** „Situaţia de a fi bolnav", comunicare susţinută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă", desfăşurat sub egida Fundaţiei Române „Acţiune pentru sănătatea femeilor", cu sprijinul Reprezentanţei Speciale UNICEF în România şi al Ambasadei Canadei
29. *** DSM – IV (Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale, ediţia a IV-a, 1994), tradus sub egida Asociaţiei Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2000

Printed and bound in Romania
by **punct**